



PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE ⁽¹⁾

Centro prescrittore: _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____
Paziente (nome, cognome) _____	
Data di nascita _____	sexso M F
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

La prescrizione del Dronedarone⁽²⁾ è a carico del SSN solo se la prima prescrizione è eseguita dallo specialista SSN Cardiologo, dallo specialista SSN in Medicina d'urgenza e dallo specialista Cardiochirurgo e se rispondente alle seguenti condizioni:

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

Adulti clinicamente stabili con recente episodio di fibrillazione atriale parossistica o persistente in cui è stato ripristinato il ritmo sinusale.

Motivazione per cui è stato prescritto il Dronedarone

Per il mantenimento del ritmo sinusale in pazienti con aumentata probabilità di recidive di fibrillazione atriale dopo che siano state valutate opzioni alternative di trattamento ⁽³⁾

MOTIVO DELLA NON SOMMINISTRAZIONE DI AMIODARONE

<input type="checkbox"/> IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO
<input type="checkbox"/> PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO
<input type="checkbox"/> ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE

<input type="checkbox"/> ALTA PROBABILITA' DI DISTIROIDISMO DA AMIODARONE BASATA SU, specificare:
<input type="checkbox"/> alterazione della funzione tiroidea
<input type="checkbox"/> malattia autoimmune tiroidea
<input type="checkbox"/> gozzo

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dronedarone 400 mg compresse

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____ (max 6 mesi) ⁽⁴⁾

Indicare se: Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico prescrittore

⁽¹⁾ Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

⁽²⁾ Durante la terapia con Dronedarone la funzionalità epatica e polmonare ed il ritmo cardiaco devono essere regolarmente monitorati. In particolare, la funzionalità epatica deve essere attentamente monitorata durante le prime settimane di trattamento. Il trattamento deve essere sospeso in caso di recidiva di Fibrillazione Atriale.

⁽³⁾ Per opzioni alternative di trattamento si intendono Beta-bloccanti, Calcio-antagonisti non diidropiridinici o l'Amiodarone.

⁽⁴⁾ Non oltre 6 mesi. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.