

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE**

Centro Prescrittore .....  
 Medico prescrittore (nome e cognome) .....  
 Tel ..... e-mail .....

Paziente (nome e cognome) .....  
 Data di nascita ...../...../..... Sesso M  F   
 Codice Fiscale .....  
 Residente a ..... Tel. ....  
 Regione .....  
 ASL di residenza ..... Prov. ....  
 Medico di Medicina Generale .....

La prescrizione di dronedarone è a carico del SSN solo prescritta dal medico cardiologo, internista, geriatra e medico di medicina d'urgenza e se rispondente alle seguenti condizioni:

**TIPOLOGIA DI PAZIENTI:**

Adulti clinicamente stabili con:  amnesi di fibrillazione atriale (FA)  FA non permanente in corso

**MOTIVAZIONE PER CUI È STATO PRESCRITTO IL FARMACO (COME ALTERNATIVA ALL'AMIODARONE)**

per prevenire una recidiva di FA  per diminuire la frequenza di risposta ventricolare in corso di FA non permanente

**MOTIVO DELLA NON SOMMINISTRAZIONE DI AMIODARONE**

- IPERSENSIBILITÀ ALLO IODIO  
 PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO  
 ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE, .....  
 ALTA PROBABILITÀ DI DISTIROIDISMO DA AMIODARONE BASATA SU, specificare:  
 alterazione della funzione tiroidea  
 malattia autoimmune tiroidea  
 gozzo  
 altro (.....)

**DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO**

Dronedarone 400 mg compresse  
 Dose/die: .....  
 Durata prevista del trattamento: .....  
 Indicare se:  
 Prima prescrizione  
 Prosecuzione della cura

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

.....