



Modulo di richiesta motivata
per singolo paziente di
dronedarone (Multaq®)

Codice: MODFARM08

Data: 15 febbraio 2016

Revisione: 1

REPARTO: CDC Data
Paziente (nome e cognome)..... Data di nascita

Diagnosi: in pazienti adulti, clinicamente stabili, con fibrillazione atriale parossistica o persistente per il mantenimento del ritmo sinusale a seguito di cardioversione con esito soddisfacente.

Si richiede il seguente farmaco:

MULTAQ 400 mg CPR RIV: Dose dieFabbisogno per giorni.....

In assenza delle seguenti **CONTROINDICAZIONI**:

- Condizioni emodinamiche instabili
- Insufficienza cardiaca pregressa o in corso, o disfunzione ventricolare sistolica sinistra
- Fibrillazione atriale permanente (durata della FA ³ 6 mesi o non nota e tentativi di ripristino del ritmo sinusale non più considerati attuabili dal medico)
- Tossicità epatica e polmonare correlate al precedente impiego di amiodarone

MOTIVAZIONE della NON somministrazione di AMIODARONE:

- Distiroidismo
- Altro (specificare).....

La terapia era già in corso a domicilio: SI NO

(Se NO, il paziente ha effettuato il corretto wash-out da amiodarone di 15 giorni? SI NO)

Il Medico richiedente
(Cardiologo, Internista, Geriatra, M di
Medicina d'Urgenza)
