

Farmacie Comunali Riunite - 04/06/2009

Modulo AIFA per prescrizione di isotretinoina ad uso sistemico
(G.U. n. 43 del 21.02.2009)

Allegato 1

Caro/a Collega,

La informo che intendo trattare la paziente con isotretinoina ad uso sistemico per il trattamento di forme gravi di acne (quali acne nodulare o conglobatas o acne con rischio di cicatrici permanenti) resistenti a cicli adeguati di terapia standard con antibatterici sistemici e terapia topica.

Ho informato la paziente del rischio teratogeno correlato all' uso dell' isotretinoina

Ho consegnato alla paziente la guida alla terapia e la guida alla contraccezione

Allego il consenso informato della paziente

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____
(un mese prima dell' inizio del trattamento con isotretinoina)

Nome Cognome del dermatologo _____

Indirizzo _____ tel _____

Paziente (nome, cognome) _____

Età _____ tessera sanitaria n° _____

Indirizzo _____ tel _____

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____

Durata massima del trattamento 16-24 settimane

Indicare se:

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura (motivo: _____)

Data ____/____/____ Timbro e firma del dermatologo prescrittore

PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE o PER IL DERMATOLOGO

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____
(immediatamente prima dell' inizio del trattamento con isotretinoina)

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

(un mese dopo la fine del trattamento con isotretinoina)

Data ____/____/____ Timbro e firma del medico prescrittore

questo documento è stato aggiornato il 03/25/2009