

MODULO AIFA

PER PRESCRIZIONE DI ISOTRETINOINA AD USO SISTEMICO

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 conglobata 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 sanitarian.° .....

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

: