

MODULO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI ISOTRETINOINA AD USO SISTEMICO
(G.U. n. 43/2009)

Cara/o Collega,

La informo che intendo trattare la Sua 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
(un mese prima dell'inizio del trattamento con isotretinoina)

Firma

D E R M A T O L O G O

PAZIENTE Età

Indirizzo

Telefono Tessera Sanitaria n.

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO (durata massima 16/24 settimane)

Dose/die Durata prevista trattamento

Indicare se: - prima prescrizione - prosecuzione della cura

M o t i v a z i o n e

Data Timbro e firma del dermatologo prescrittore

PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O IL DERMATOLOGO

EFFETTUAZIONE TEST DI GRAVIDANZA

- Immediatamente prima inizio trattamento Data Esito Firma

Data Esito Firma

..... Data Esito Firma

Data Esito Firma

Data Esito Firma

- Un mese dopo fine trattamento

Data

Timbro e firma del medico prescrittore