

**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 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 gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

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

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

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

(un mese dopo la fine del trattamento con isotretinoina)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore