

PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEGLI AGONISTI DEL GLP-1R NEL
DIABETE DI TIPO 2

Da redigere ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche individuate dalle Regioni, ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL e al Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito. La validità temporale del Piano Terapeutico è di dodici mesi; durante tale periodo la continuità di prescrizione può quindi essere affidata al Medico di Medicina Generale. Qualora il valore di HbA_{1c} dopo sei mesi di terapia non rientrasse nei limiti inizialmente indicati dallo specialista redattore del Piano Terapeutico, oppure siano sopraggiunte controindicazioni o intolleranza alla terapia prescritta, la rivalutazione della stessa da parte dello specialista dovrà essere anticipata rispetto al limite dei dodici mesi.

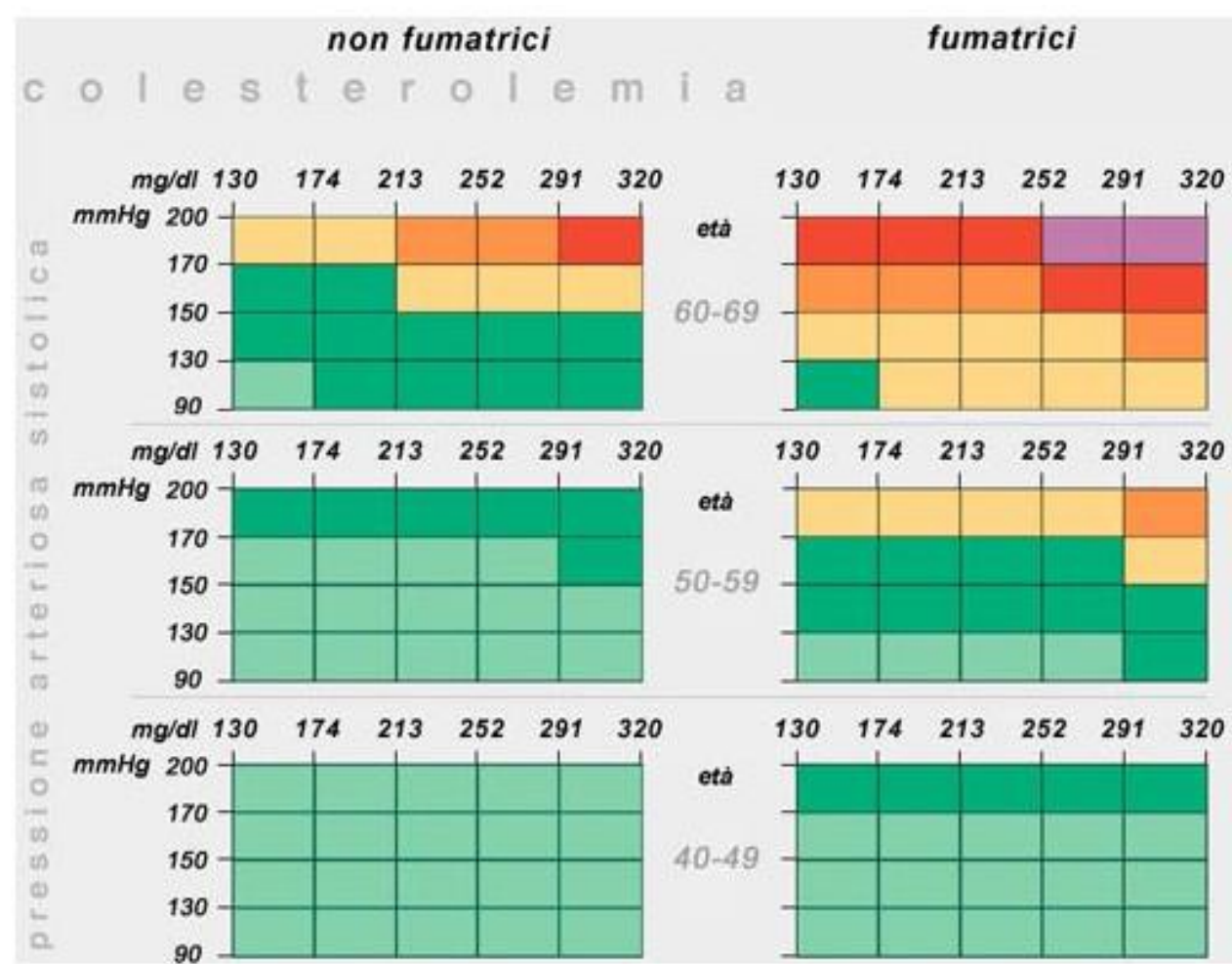
| | | | |
|---------------------|--|--------|--|
| Centro Prescrittore | | | |
| Medico Prescrittore | | | |
| Tel. | | e-mail | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|---------------------------|--|
| Codice fiscale | | Cognome nome | | | | | |
| Data nascita | | Sesso | <input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina | | | | |
| Asl Residenza | | Residenza | | | | | |
| Tel. | | MMG | | | | | |
| Pregresso evento cardiovascolare | | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | | | | | |
| Alto* rischio cardiovascolare | | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | | | | | |
| Peso(Kg) | | H(cm) | | BMI | | Durata di malattia (anni) | |
| Ultimo valore HbA _{1c} (% oppure mmol/mol): | | | | | | | |
| Target o intervallo appropriato di HbA _{1c} a giudizio dello specialista (% oppure mmol/mol) | | | | | | | |
| Ipoglicemie severe o comunque condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? | | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | | | | | |
| Reazioni avverse (soltanto al follow-up) | | <input type="radio"/> Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) <input type="radio"/> NO | | | | | |







* Si definiscono soggetti ad alto rischio cardiovascolare coloro che presentano una probabilità, calcolata mediante le carte italiane del rischio cardiovascolare, ≥ 20% di presentare un evento CV fatale o non fatale nei successivi 10 anni (<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>). Vedi carte del rischio allegate.

| | | | |
|---|--|---|------------|
| Dose e durata del trattamento | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura | | | |
| | Posologia | Regime Terapeutico | |
| Semaglutide (orale) | <div></div> <div>3 mg una volta al giorno per 30 gg, poi 7 mg una volta al giorno (1° prescrizione)</div> <div>7 mg una volta al giorno (prosecuzione)</div> <div>14 mg una volta al giorno (prosecuzione)</div> | In associazione con: <div><input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> Metformina e sulfonilurea</div> <div><input type="checkbox"/> Sulfonilurea <input type="checkbox"/> Metformina e insulina basale</div> <div><input type="checkbox"/> Pioglitazone <input type="checkbox"/> Metformina e pioqlitazone</div> <div><input type="checkbox"/> Insulina Basale <input type="checkbox"/> Metformina e gliflozina</div> <div><input type="checkbox"/> Gliflozina</div> | |
| Data Decorrenza | 15/10/2021 | Data Termine | 15/11/2021 |

DONNE



LIVELLI DI RISCHIO CV

| livello di rischio a 10 anni | | | |
|------------------------------|-----|---|-----------|
| rischio MCV | VI |  | oltre 30% |
| rischio MCV | V |  | 20% - 30% |
| rischio MCV | IV |  | 15% - 20% |
| rischio MCV | III |  | 10% - 15% |
| rischio MCV | II |  | 5% - 10% |
| rischio MCV | I |  | meno 5% |

UOMINI

