



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 Hb_{A1c} 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.

Si ricorda che la terapia ipoglicemizzante, quando necessario, dovrà essere potenziata con l'aggiunta di un solo farmaco alla volta.

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>
Pregresso evento cardiovascolare		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
Alto* rischio cardiovascolare		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
Peso(Kg)	<input type="text"/>	H(cm)	<input type="text"/>
BMI	<input type="text"/>	Durata di malattia (anni)	<input type="text"/>
Ultimo valore HbA1c(% oppure mmol/mol):		<input type="text"/>	
Target o intervallo appropriato di HbA1c a giudizio dello specialista (% oppure mmol/mol)		<input type="text"/>	
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

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

Posologia

Exenatide

5MCG SC 1 PENNA

Die x 2

5 µg x 2 per 1 mese, poi 10 µg x 2/die (1° prescrizione)

10 µg x 2/die (prosecuzione)

Regime Terapeutico

In associazione con:

☐ Metformina

☐ Sulfonilurea

☐ Pioglitazone

☐ Metformina e sulfonilurea

☐ Metformina e pioglitazone

Data Decorrenza

31/01/2020

Data Termine

31/01/2021

Sezione riservata al MMG

MMG

Ultimo valore HbA1c:

Unità di misura

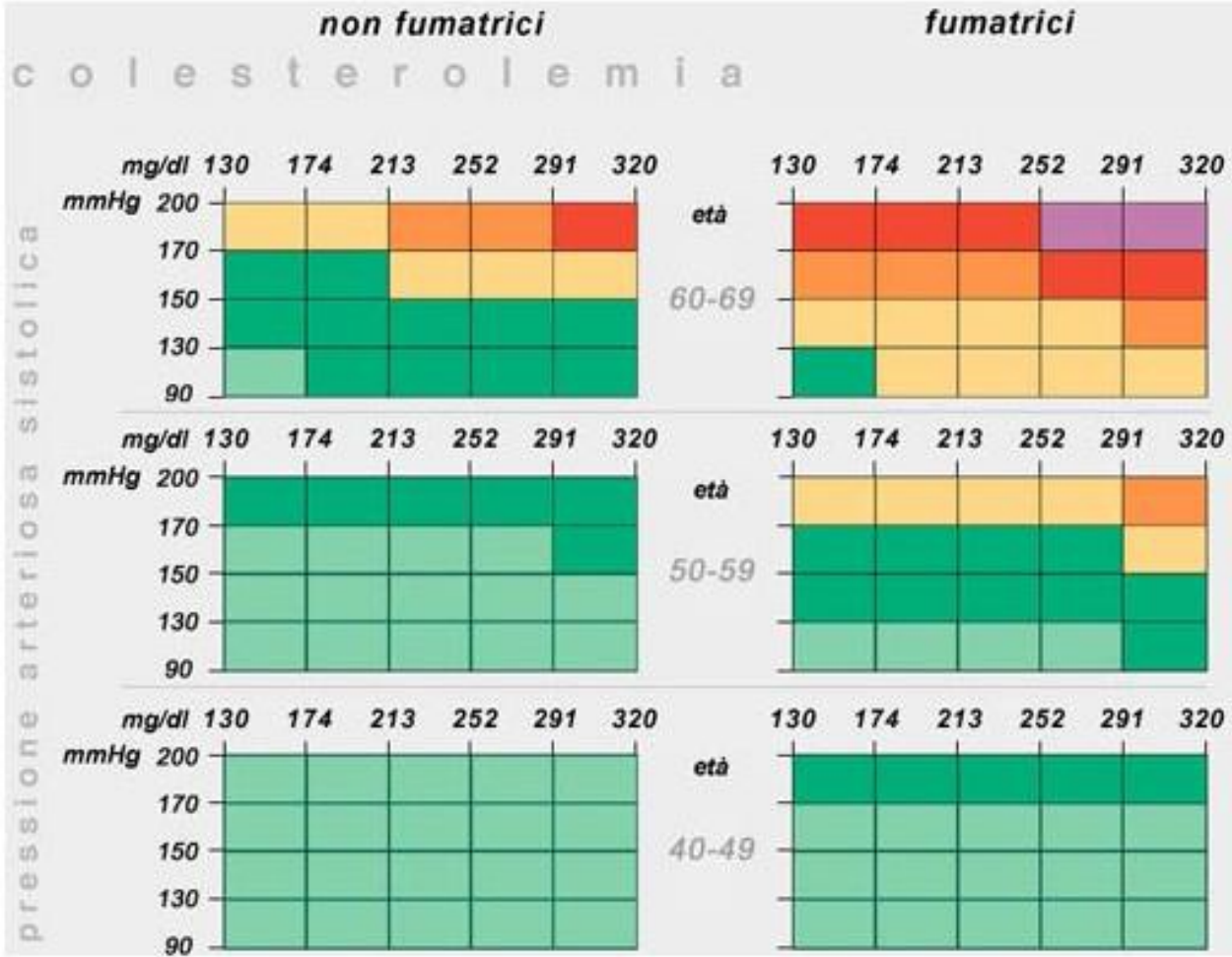
☐ MMOL/MOL

☐ %

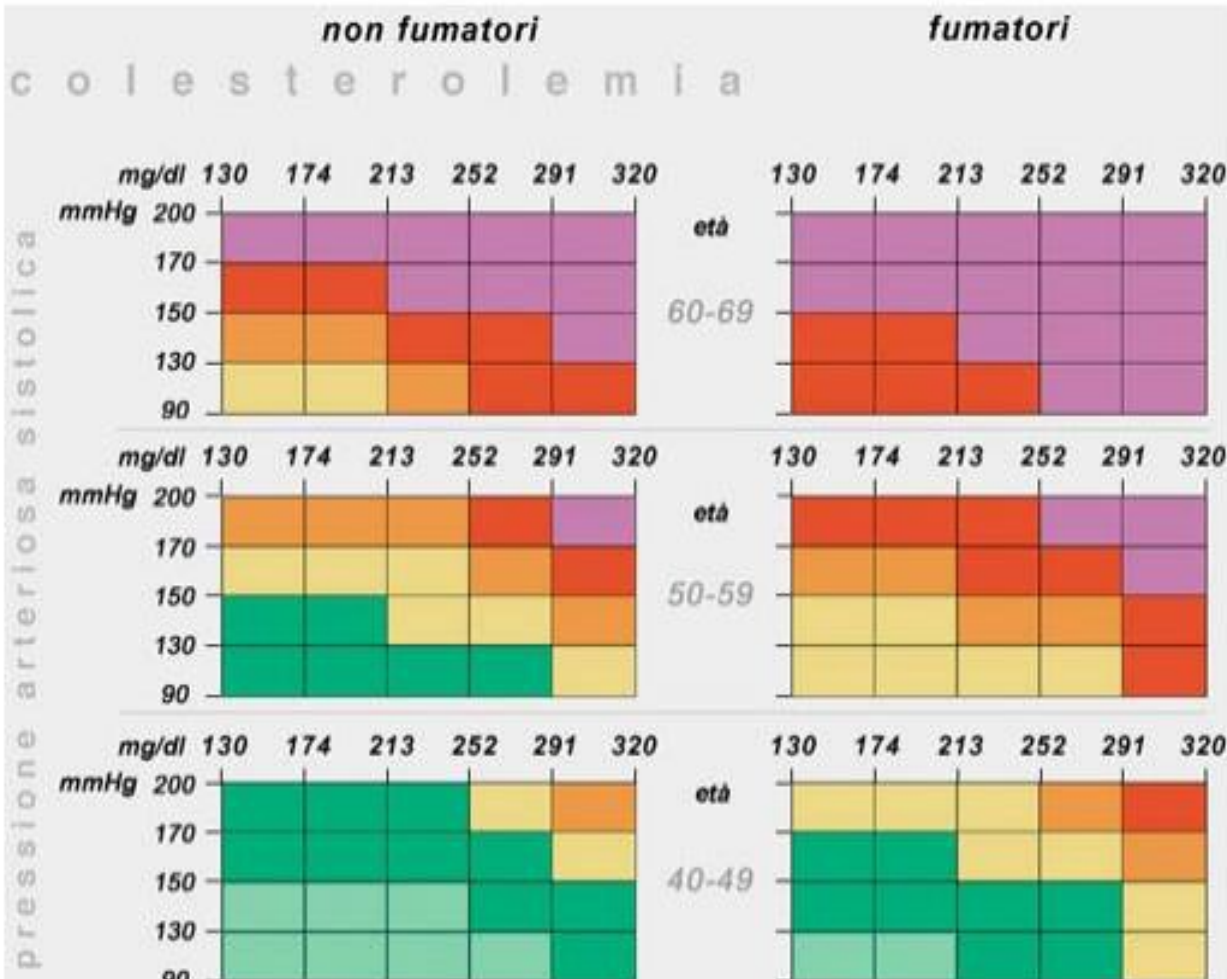
☐ Proroga del Piano Terapeutico per un massimo di 6 mesi a seguito di follow-up, verificate le condizioni cliniche

CARTE ITALIANE PER LA STIMA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLA POPOLAZIONE AFFETTA DA DIABETE MELLITO (<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>)

DONNE



UOMINI



LIVELLI DI RISCHIO CV

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