



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160114 - BA

**PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI  
INCREATINE/INIBITORI DPP-4  
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 2**

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

<b>Codice fiscale</b>	<input type="text"/>			<b>Cognome nome</b>	<input type="text"/>
<b>Data nascita</b>	<input type="text" value="02/12/1967"/>	<b>Sesso</b>	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
<b>Asl Residenza</b>	<input type="text" value="160114"/>	<b>Residenza</b>	<input type="text"/>		
<b>Tel.</b>	<input type="text"/>	<b>MMG</b>	<input type="text"/>		
<b>Peso(Kg)</b>	<input type="text"/>	<b>H(cm)</b>	<input type="text"/>	<b>BMI</b>	<input type="text"/>
				<b>Circonferenza vita (cm)</b>	<input type="text"/>
<b>Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione):</b>				<input type="text"/>	
<b>Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol):</b>				<input type="text"/>	
<b>Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi:</b>				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<b>Ipoglicemie dall'ultima valutazione (solo al follow up):</b>				<input type="radio"/> Si (lievi, severe, critiche) <input type="radio"/> NO	
<b>Sospetta segnalazione di reazioni avverse:</b>				<input type="radio"/> Si (compilare la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa ADR) <input type="radio"/> NO	
<b>Clearance creatinina secondo Cockcroft-Gault (ml/min.)</b>				<input type="text"/>	

Dose e durata del trattamento			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="radio"/> Con Modifiche <input type="radio"/> Senza Modifiche			
	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia
<b>Saxagliptin (b)</b>	<input type="text"/> /Die	In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> Pioglitazone (a) <input type="checkbox"/> Sulfonilurea (a) <input type="checkbox"/> Insulina basale	In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> Metformina e insulina basale
<b>Data Emissione</b>	<input type="text" value="09/02/2017"/>	<b>Data Termine</b>	<input type="text" value="09/02/2018"/>

a) In pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata;  
b) Rimborsabile in **monoterapia** soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault <50 ml/min.