



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**

| | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| 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"/> | | |
| Peso(Kg) | <input type="text"/> | H(cm) | <input type="text"/> | BMI | <input type="text"/> |
| | | | | Circonferenza vita (cm) | <input type="text"/> |
| Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): | | | | <input type="text"/> | |
| Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol): | | | | <input type="text"/> | |
| Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi: | | | | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | |
| Ipoglicemie dall'ultima valutazione (solo al follow up): | | | | <input type="radio"/> Si (lievi, severe, critiche) <input type="radio"/> NO | |
| Sospetta segnalazione di reazioni avverse: | | | | <input type="radio"/> Si (compilare la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa ADR) <input type="radio"/> NO | |
| Clearance creatinina secondo Cockcroft-Gault (ml/min.) | | | | <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 |
| Dulaglutide | <input type="text"/> /settimana | In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> Sulfonilurea (a) <input type="checkbox"/> Pioglitazone (a) | In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> Metformina e pioglitazone |
| Data Emissione <input type="text"/> | | Data Termine <input type="text"/> | |

a) In pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata;