



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	<div></div>		
Medico Prescrittore	<div></div>		
Tel.	<div></div>	e-mail	<div></div>

Codice fiscale	<div></div>			Cognome nome	<div></div>
Data nascita	<div>02/12/1967</div>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
Asl Residenza	<div>160114</div>	Residenza	<div></div>		
Tel.	<div></div>	MMG	<div></div>		
Peso(Kg)	<div></div>	H(cm)	<div></div>	BMI	<div></div>
				Circonferenza vita (cm)	<div></div>
Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione):				<div></div>	
Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol):				<div></div>	
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.)				<div></div>	

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
Alogliptin/ pioglitazone	<div></div> /Die		In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina
Data Emissione	<div>09/02/2017</div>	Data Termine	<div>09/02/2018</div>