



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			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale				Cognome nome			
Data nascita				Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
Asl Residenza	160114			Residenza			
Tel.				MMG			
Peso(Kg)		H(cm)		BMI		Circonferenza vita (cm)	
Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni							
Ultimo valore HbA1c:							
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, gravi) <input type="radio"/> NO			
Reazioni avverse:				<input type="radio"/> Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) <input type="radio"/> NO			
Ipoglicemie lievi = gestite in autonomia dal paziente; Ipocicemie gravi = che richiedono l'intervento di terzi							

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
Exenatide	<div>10MCG SC 1 PENNA</div> Die x 2 5mg x 2 per mese 1,poi 10 mg x 2/die (1° prescrizione) 10mg x 2/die (prosecuzione) Per Exenatide "a rilascio prolungato" 2mg/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	09/05/2017	Data Termine	09/05/2018

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