



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

(da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali SSN o convenzionate con il SSN, da consegnare al paziente in formato cartaceo; la validità è di 6 mesi, con estensione automatica sino a 12 mesi per i pazienti con livelli adeguati di HbA_{1c} al controllo semestrale eseguito dal Medico di Medicina Generale)

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore

Codice fiscale

Cognome nome

Data nascita

Sesso

☒ Maschio

☐ Femmina

Asl Residenza

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?

☐ SI

☐ NO

Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow up):

☐ Si (lievi, gravi)

☐ NO

Reazioni avverse:

☐ Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente)

☐ NO

Ipoglicemie lievi = gestite in autonomia dal paziente; Ipoclicemie gravi = che richiedono l'intervento di terzi

Dose e durata del trattamento

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

☐ Con Modifiche

☐ Senza Modifiche

	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia
Sitagliptin (b)	<div></div> /Die	In associazione con: <div><div><input type="checkbox"/> Metformina</div><div><input type="checkbox"/> Pioglitazone (a)</div><div><input type="checkbox"/> Sulfonilurea (a)</div><div><input type="checkbox"/> Insulina basale</div></div>	In associazione con: <div><div><input type="checkbox"/> Metformina e pioglitazone</div><div><input type="checkbox"/> Metformina e sulfonilurea</div><div><input type="checkbox"/> Metformina e insulina basale</div></div>

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.

Data Emissione

03/08/2018

Data Termine

03/02/2019

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