



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160115 - FG

PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEGLI INIBITORI
DI SGLT-2 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 2

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

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text" value=","/>				
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 di malattia (solo alla 1° prescrizione):		Anni	<input type="text"/>				
Ultimo valore HbA1c:		<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):		SI (<input type="radio"/> lievi, <input type="radio"/> condizionanti le attività quotidiane, <input type="radio"/> severe) <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					

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/Regime terapeutico		
Dapagliflozin	<input type="text" value="10MG 28CPR RIV"/>	/die	<input checked="" type="radio"/> Monoterapia <input type="radio"/> In associazione a Metformina <input type="radio"/> In associazione a insulina (con o senza Metformina)
Data Valutazione	<input type="text" value="31/01/2018"/>	Data Termine	<input type="text" value="31/01/2019"/>