



**PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEGLI INIBITORI
DI SGLT-2 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 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 checked="" 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		
Saxagliptin/ Dapagliflozin	<input type="text"/> /die	<input type="radio"/> In associazione a Metformina <input type="radio"/> In associazione a sulfanilurea (con o senza Metformina)	
Data Valutazione	<input type="text" value="06/02/2020"/>	Data Termine	<input type="text" value="06/03/2020"/>