

PIANO TERAPEUTICO

per prescrizione di incretine/inibitori DPP-4 nel trattamento del DM2

da compilarsi, ai fini della rimborsabilità, a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (da rinnovarsi semestralmente)

Azienda Sanitaria _____	Unità Operativa del medico prescrittore _____
Nome e Cognome del medico prescrittore _____	tel. _____
Paziente (nome e cognome) _____	Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Codice Fiscale _____ Regione _____
Indirizzo _____	Tel. _____
AUSL di residenza _____	Medico curante _____
Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____	Durata di malattia (solo alla 1ª prescrizione): Ultimo valore HbA1c _____
	Anni ____ mesi se durata < 1 anno _____ Data _____

La prescrizione di incretine / inibitori di DPP-4 è a carico del Servizio Sanitario Nazionale in aggiunta a metformina o sulfaniluree o glitazoni nel trattamento del diabete mellito di tipo II non adeguatamente compensato dalla terapia orale in corso (in aggiunta a dieta ed esercizio fisico) quando metformina e/o sulfaniluree sono prescritte alla massima dose tollerata oppure quando la metformina non è appropriata per controindicazioni o intolleranza

Terapia di 1° linea in atto (da continuare)	<input type="checkbox"/> prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione di terapia
	Prescrizione Antidiabetici vincolati a PT	Posologia incretine/inibitori DPP-4 (specificare)
<input type="checkbox"/> Metformina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg x 2 /die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1ª prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
	<input type="checkbox"/> Sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die
<input type="checkbox"/> Sulfanilurea	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg x 2/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1ª prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
<input type="checkbox"/> Glitazone	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg x 2/die
<input type="checkbox"/> Metformina + sulfanilurea	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1ª prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)

Nome commerciale (facoltativo) _____

Se la presente prescrizione differisce da una precedente sempre a base di incretine / inibitori di DPP-4, indicare qual era la precedente prescrizione _____

Motivo del cambio terapia: inefficacia terapeutica tossicità

Data (gg/mm/aaaa) ____/____/____

Timbro e firma del medico specialista