

Piano terapeutico per la prescrizione di Sitagliptin/metformina per il trattamento del diabete mellito di tipo 2

(Da compilarsi online ai fini della rimborsabilità a cura dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano da rinnovarsi semestralmente e consegnare al paziente in formato cartaceo).

Azienda Sanitaria _____
Unità Operativa del medico prescrittore _____
Nome e Cognome del medico prescrittore _____
Tel _____
Paziente (Nome Cognome) _____
Data nascita _____ Sesso M F
Codice fiscale (CF) _____ Regione _____
Indirizzo _____
Tel. _____ AUSL di residenza _____
Medico Curante _____
Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____ BMI _____ Circonferenza vita (cm) _____
Durata di malattia (solo alla 1^a prescrizione): anni _____ Ultimo valore HbA_{1c} _____
Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Si No
Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow-up) Si (lievi, severe, critiche) No
Reazioni avverse Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da
Normativa vigente) No

Per quanto riguarda i criteri di eleggibilità si deve fare riferimento alle singole schede in formato pdf (Eleggibilità e Dati clinici, Rivalutazione) che riportano il parere della Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA in merito alle **limitazioni generali alla rimborsabilità e alle indicazioni terapeutiche** sulle Incretine/inibitori DPP-4 per il trattamento del diabete di tipo 2. Tali schede saranno rese disponibili sul portale dell'Agenzia, alla sezione "Registri farmaci sottoposto a monitoraggio AIFA":

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/registri-farmaci-sottoposti-monitoraggio>