

## PIANO TERAPEUTICO TRESIBA (insulina degludec)

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (specialisti in Endocrinologia, Medicina Interna, Geriatria) ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

Azienda Sanitaria	_____
Unità Operativa del medico prescrittore	_____
Cognome e Nome del medico prescrittore	_____
Recapito telefonico	_____
Indirizzo e-mail	_____
Cognome e Nome dell'assistito	_____
Data nascita	_____
Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale	_____
Regione	_____
Città	_____
Indirizzo	_____
AUSL di residenza	_____
Cognome e Nome del medico curante	_____

### Indicazioni terapeutiche a carico del SSN

1. Pazienti adulti con Diabete tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida
2. Pazienti adulti con Diabete tipo 2,
  - in associazione ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina
  - in associazione a insulina ad azione rapida

### Farmaco, dose e durata del trattamento

Nome commerciale e dosaggio \_\_\_\_\_

Revisione prevista del piano terapeutico non oltre 12 mesi.

INIZIO TRATTAMENTO

PROSECUZIONE DELLA CURA

Data valutazione: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore