



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160114 - BA

PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
INCREATINE/INIBITORI DPP-4
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 2

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale				Cognome nome			
Data nascita	02/12/1967			Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
Asl Residenza	160114			Residenza			
Tel.				MMG	141176 - GIUSEPPE VIRILIO		
Peso(Kg)		H(cm)		BMI		Circonferenza vita (cm)	
Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione):							
Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol):							
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):				<input type="radio"/> Si (lievi, severe, critiche) <input type="radio"/> NO			
Sospetta segnalazione di reazioni avverse:				<input type="radio"/> Si (compilare la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa ADR) <input type="radio"/> NO			
Clearance creatinina secondo Cockcroft-Gault (ml/min.)							

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	In duplice terapia	In triplice terapia
Alogliptin	/Die	In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> Pioglitazone (a) <input type="checkbox"/> Sulfonilurea (a) <input type="checkbox"/> Insulina basale	In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> Metformina e insulina basale
Data Emissione	09/02/2017	Data Termine	09/02/2018

a) In pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata;