



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	<div></div>		
Medico Prescrittore	<div></div>		
Tel.	<div></div>	e-mail	<div></div>

Codice fiscale	<div></div>			Cognome nome	<div></div>
Data nascita	<div></div>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
Asl Residenza	<div>160114</div>		Residenza	<div></div>	
Tel.	<div></div>		MMG	<div></div>	
Peso(Kg)	<div></div>	H(cm)	<div></div>	BMI	<div></div>
				Circonferenza vita (cm)	<div></div>
Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni				<div></div>	
Ultimo valore HbA1c:				<div></div>	
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, gravi) <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	

Ipoglicemie lievi = gestite in autonomia dal paziente; Ipocicemie gravi = che richiedono l'intervento di terzi

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
Exenatide	<div>2MG SC 4PEN+AGO</div> Settimana 5mg x 2 per mese 1,poi 10 mg x 2/die (1° prescrizione) 10mg x 2/die (prosecuzione) Per Exenatide "a rilascio prolungato" 2mg/settimana	In associazione con: <input checked="" type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> Sulfonilurea (a) <input type="checkbox"/> Pioglitazone (a)	In associazione con: <input type="checkbox"/> Metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> Metformina e pioglitazone
Data Emissione	<div>09/05/2017</div>	Data Termine	<div></div>

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