



S.I.S. :REGIONE PUGLIA  
ASL: 160114 - BA

PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEGLI INIBITORI  
DI SGLT-2 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>02/12/1967</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):		SI ( <input type="radio"/> lievi, <input type="radio"/> condizionanti le attività quotidiane, <input type="radio"/> severe)	<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

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/Regime terapeutico		
Empagliflozin / Metformina	<div>12,5/1000MG</div> /die x 2	In associazione a insulina:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Data Valutazione	<div>10/02/2017</div>	Data Termine	<div>10/02/2018</div>