

## PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI INCRETINE/INIBITORI DPP-4 NEL TRATTAMENTO DEL DM2

da compilarsi, ai fini della rimborsabilità, a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (da rinnovarsi semestralmente)

Azienda Sanitaria ..... Unità Operativa del medico prescrittore .....  
 Nome e Cognome del medico prescrittore ..... Tel .....  
 Paziente (nome e cognome) .....  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso M  F  Codice Fiscale .....  
 Regione ..... Indirizzo ..... Tel .....  
 AUSL di residenza ..... Medico curante .....  
 Peso (kg) ..... Altezza (cm) .....  
 Durata malattia (solo alla 1ª prescrizione): ..... anni ..... mesi se durata <1 anno .....  
 Ultimo valore Hb<sub>A1c</sub> ..... Data .....

La prescrizione di incretine / inibitori di DPP-4 è a carico del Servizio Sanitario Nazionale attenendosi strettamente alle indicazioni riportate nella tabella sottostante.

Terapia di 1ª linea in atto (da continuare)	<input type="checkbox"/> prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione di terapia	
	Prescrizione antidiabetici vincolati a PT	Posologia incretine/ inibitori DDP-4 (specificare)
<input type="checkbox"/> Metformina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg x 2/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1ª prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
	<input type="checkbox"/> Sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin/ metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die
<input type="checkbox"/> Sulfanilurea	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg x 2/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1ª prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
	<input type="checkbox"/> Sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die
<input type="checkbox"/> Glitazone	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg x 2/die
	<input type="checkbox"/> Sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die
<input type="checkbox"/> Metformina + sulfanilurea	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1ª prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
<input type="checkbox"/> Metformina + glitazoni	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
	<input type="checkbox"/> Sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die <input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die

<input type="checkbox"/> Metformina + insulina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
Terapia di prima linea per pazienti intolleranti alla metformina o che presentano controindicazioni alla metformina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die
Nome commerciale (facoltativo) .....		
Se la presente prescrizione differisce da una precedente sempre a base di incretine/inibitori DDP-4, indicare qual'era la precedente prescrizione .....		
Motivo del cambio terapia: <input type="checkbox"/> inefficacia terapeutica <input type="checkbox"/> tossicità		
Data ____/____/____		Timbro e firma del medico specialista .....