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 nascita _____

Sesso M ❐ F ❐ Codice Fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Peso (kg) _____Altezza (cm) _____ Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni _____ mesi se durata < 1 anno _____ Ultimo Valore HbA1c _____ Data _____

La prescrizione di incretine / inibitori di DPP-4 è a carico del Servizio Sanitario Nazionale in aggiunta a metformina o sulfaniluree o glitazoni nel trattamento del diabete mellito di tipo II non adeguatamente compensato dalla terapia orale in corso (in aggiunta a dieta ed esercizio fisico) quando metformina e/o sulfaniluree sono prescritte alla massima dose tollerata oppure quando la metformina non è appropriata per controindicazioni o intolleranza.

Terapia di I° linea in atto (da continuare)	❐ **prima prescrizione**	❐ **prosecuzione di terapia**
	Prescrizione Antidiabetici vincolati a PT	**Posologia incretine/inibitori DDP-4 (specificare)**
❐ Metformina	❐ Sitagliptin	❐ 100mg/die
	❐ Vildagliptin	❐ 50 mg/die ❐ 50mg x2/die
	❐ Exenatide	❐ 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) ❐ 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
	❐ Sitagliptin/metformina	❐ 50/850 mg/die ❐ 50/1000 mg/die ❐ 50/850 mg x2/die ❐ 50/1000 mg x2/die
	❐ Vildagliptin/metformina	❐ 50/850 mg/die ❐ 50/1000 mg/die ❐ 50/850 mg x2/die ❐ 50/1000 mg x2/die
❐ Sulfanilurea	❐ Sitagliptin	❐ 100mg/die
	❐ Vildagliptin	❐ 50 mg/die ❐ 50mg x2/die
	❐ Exenatide	❐ 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) ❐ 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
❐ Glitazone	❐ Sitagliptin	❐ 100mg/die
	❐ Vildagliptin	❐ 50 mg/die ❐ 50mg x2/die
❐ Metformina +sulfanilurea	❐ Sitagliptin	❐ 100mg/die
	❐ Exenatide	❐ 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) ❐ 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)

Nome commerciale (facoltativo) _____

Se la presente prescrizione differisce da una precedente sempre a base di incretine / inibitori di DPP-4, indicare qual era la precedente prescrizione: _____

Motivo del cambio terapia: ❐ inefficacia terapeutica ❐ tossicità

Data (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____ Timbro e firma del medico specialista

10A08747