



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA GLARGINE – LIXISENATIDE (SULIQUA®)

Unità Operativa: _____
Medico Prescrittore (nome e cognome): _____
tel. _____ e-mail: _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a: _____ prov. _____ in via _____ n. _____
Tel. _____
ASSL di residenza _____ Medico di Medicina Generale _____

Criteri di eleggibilità:

Pazienti affetti da:

- Diabete mellito di tipo 2
 Precedente trattamento con metformina da sola o in associazione con altri ipoglicemizzanti orali o con insulina basale

(_____)
specificare quale

metformina: Dose/die: _____ Durata del trattamento: _____

insulina basale: Dose/die: _____ Durata del trattamento: _____

ipoglicemizzante orale 1: Dose/die: _____ Durata del trattamento: _____

ipoglicemizzante orale 2: Dose/die: _____ Durata del trattamento: _____

Suliqua non è raccomandato in pazienti con grave compromissione renale e malattia renale terminale

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____ N. di confezioni prescritte _____

inizio trattamento prosecuzione della cura

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore