



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC E LIRAGLUTIDE (XULTOPHY®)

UNITA' 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 insulina basale (.....)
Dose/die: _____ Durata del trattamento: _____ specificare quale
- Altro ipoglicemizzante diverso dall'insulina (.....)
specificare quale

N.B. L'associazione fissa degludec/liraglutide non è stata studiata in pazienti *naïve* al trattamento, in associazione a regimi insulinici multi-iniettivi e in associazione ad inibitori SGLT-2.

IN TALI CASI NON E' RICONOSCIUTA LA RIMBORSABILITA'

Adeguamento del dosaggio:

- TRESIBA – Insulina Degludec - Dose/die: _____
- VICTOZA – Liraglutide - Dose/die: _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Dose e durata del trattamento

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

inizio trattamento prosecuzione della cura

Farmaci associati:

insulina rapida e/o ipoglicemizzante/i orali (.....)

specificare quale

DPP-4 inibitore (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin, alogliptin) da solo con MTF
barrare il principio attivo

GLP-1 analogo (lixisenatide, liraglutide) da solo con MTF
barrare il principio attivo

INIBITORE SGLT -2 (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin) da solo con MTF
barrare il principio attivo

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore