

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico
per la prescrizione di inibitori DPP-4 nel trattamento del diabete tipo 2

Da redigere ai fini della rimborsabilità esclusivamente a cura delle strutture diabetologiche individuate dalle Regioni. La validità temporale massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi. Durante tale periodo la continuità di prescrizione può essere effettuata dal Medico di Medicina Generale.

Qualora il **valore di Hb_{A1c} dopo sei mesi di terapia non rientrasse nei limiti inizialmente indicati dallo Specialista** redattore del PT, oppure siano sopraggiunte **controindicazioni** o **intolleranza** alla terapia prescritta, **la rivalutazione della stessa da parte dello specialista dovrà essere anticipata rispetto al limite dei dodici mesi.**

Centro Diabetologico prescrittore _____	Azienda Sanitaria _____
Medico Specialista prescrittore _____	tel _____ e mail _____
Paziente (cognome, nome) _____	Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice Fiscale _____	Regione _____
Indirizzo _____	tel _____
ASP di residenza _____	Medico di Medicina Generale _____
Dati Clinici: Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____ BMI _____ circonferenza vita (cm) _____ Durata di malattia: anni _____	
Ultimo Valore Hb _{A1c} (% oppure mmol/mol) _____ rilevato in data _____	
Target o intervallo appropriato di Hb _{A1c} a giudizio dello Specialista (% oppure mmol/mol) _____	
Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow-up) SI (lievi, gravi) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Reazioni avverse (soltanto al follow-up): SI <input type="checkbox"/> (obbligo di compilazione della scheda di segnalazione di sospetta ADR come da normativa vigente. Indicare il codice attribuito dalla Rete Nazionale di Farmacovigilanza) Codice ADR _____ NO <input type="checkbox"/>	
Clearance creatinina secondo Cockcroft-Gault (ml/min) _____	
Indicare la motivazione di eventuale switch da altra incretina/inibitore DPP - 4: _____	
In caso di switch di terapia indicare il/i farmaco/i e relativa durata di terapia:	
Farmaco _____	Durata _____
Farmaco _____	Durata _____
Farmaco _____	Durata _____

Ipoglicemie lievi = gestite in autonomia dal paziente; Ipoglicemie gravi = che richiedono l'intervento di terzi

Terapia farmacologica prescritta		Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>	
Farmaco	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia	
sitagliptin ^b	100 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 25 mg/die <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/> Pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> Insulina basale <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>	
sitagliptin/ metformina	50/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>		In associazione con: pioglitazone <input type="checkbox"/> sulfonilurea <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	
vildagliptin ^b	50 mg/die <input type="checkbox"/> 50 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>	
vildagliptin/ metformina	50/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>		In associazione con: sulfonilurea <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	
saxagliptin ^b	5 mg/die <input type="checkbox"/> 2.5 mg/die <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>	
saxagliptin/ metformina	2.5/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 2.5/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>		In associazione con: sulfonilurea <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	
linagliptin ^b	5 mg/die <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/> Insulina basale <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>	
linagliptin/ metformina	2.5/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 2.5/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>		In associazione con: sulfonilurea <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	
alogliptin	25 mg/die <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/>	

lyfu

	12.5 mg/die <input type="checkbox"/> 6.5 mg/die <input type="checkbox"/>	pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
alogliptin/ metformina	12.5/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 12.5/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>		In associazione con: pioglitazone <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>
alogliptin/ pioglitazone	25/30 mg/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg/die <input type="checkbox"/> 12.5/30 mg/die <input type="checkbox"/> 12.5/45 mg/die <input type="checkbox"/>		In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>

^a in pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata

^b Rimborsabile in monoterapia soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault <50 ml/min.

Copia valida per N. _____ confezioni

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Campo da compilare in caso di estensione del Piano Terapeutico (2° semestre) da parte del Medico di Medicina Generale

Medico di Medicina Generale _____	Tel _____
Ultimo Valore Hb _{A1c} _____	rilevato in data _____
Data __/__/____	Timbro e firma del medico
Copia valida per N. _____ confezioni ^c	

^c il numero di confezioni non può essere superiore a quello necessario a garantire sei mesi di terapia

