

**Piano Terapeutico  
per la prescrizione di incretine/Inibitori DPP-4 nel trattamento del DM2**

(da rinnovarsi 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 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	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 attenendosi strettamente alle indicazioni riportate nella tabella sottostante.

Terapia di 1° 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"/> 100mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50mg x2/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°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 x2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x2/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 x2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x2/die
<input type="checkbox"/> Sulfanilurea	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50mg x2/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°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 x2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x2/die
<input type="checkbox"/> Glitazone	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/die
	<input type="checkbox"/> Vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg/die <input type="checkbox"/> 50mg x2/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 x2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x2/die
<input type="checkbox"/> Metformina +sulfanilurea	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/die
	<input type="checkbox"/> Exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) <input type="checkbox"/> 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
<input type="checkbox"/> Metformina + glitazoni	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/die
<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/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 x2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x2/die
<input type="checkbox"/> Metformina + insulina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/die
Terapia di prima linea per pazienti intolleranti alla metformina o che presentano controindicazioni alla metformina	<input type="checkbox"/> Sitagliptin	<input type="checkbox"/> 100mg/die
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: <input type="checkbox"/> inefficacia terapeutica <input type="checkbox"/> tossicità		

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore