



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC E DI INSULINA GLARGINE 300U/ML

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 _____

<b><u>Criteria di eleggibilità:</u></b>
Pazienti affetti da:
<input type="checkbox"/> Diabete mellito di tipo 1* (adulti e bambini a partire da 1 anno)** <input type="checkbox"/> Diabete mellito di tipo 2***
<input type="checkbox"/> Precedente trattamento con insulina basale (.....) Dose/die: _____ Durata del trattamento: _____ specificare quale
e presenza di <b>almeno una</b> delle seguenti condizioni da <b>documentare</b> attraverso lo strumento di misurazione della glicemia
<input type="checkbox"/> Presenza di <b>ipoglicemie notturne</b> in corso di trattamento con altra insulina basale
<input type="checkbox"/> Assenza di un <b>controllo glicemico adeguato nelle 24 h</b> durante il trattamento con altra insulina basale

\* l'uso deve avvenire in associazione con una insulina rapida

\*\* solo l'insulina degludec 100 U/ml è autorizzata per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini dall'età di 1 anno

\*\*\* nel DM2 sono entrambe rimborsate SSN sia quando prescritte in associazione con una insulina rapida che quando prescritte in associazione con ipoglicemizzanti per cui è rimborsata l'associazione con una insulina basale.



REGIONE AUTÒNOMA 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**

Insulina degludec 100 U/ml       Insulina glargine 300 U/ml

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

inizio trattamento     prosecuzione della cura

Farmaci associati:

insulina rapida     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

Data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico prescrittore

\_\_\_\_\_