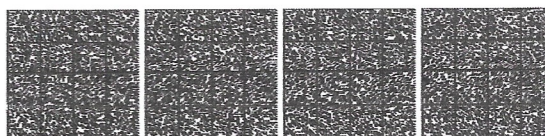


PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEGLI AGONISTI DEL GLP-1R NEL DIABETE DI TIPO 2

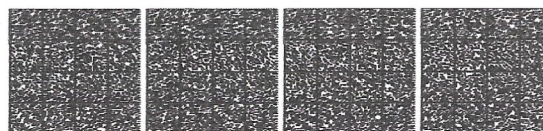
Da redigere ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche individuate dalle Regioni, ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL e al Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito. La validità temporale del Piano Terapeutico è di dodici mesi; durante tale periodo la continuità di prescrizione può quindi essere affidata al Medico di Medicina Generale. Qualora il valore di HbA_{1c} dopo sei mesi di terapia non rientrasse nei limiti inizialmente indicati dallo specialista redattore del Piano Terapeutico, 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 presrittore _____	
Medico specialista presrittore _____	
Tel. _____	e-mail _____
Medico di Medicina Generale _____	
Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesto M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Comune di nascita _____	Estero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Dati clinici	
Progresso evento cardiovascolare Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	
Alto* rischio cardiovascolare Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	
Peso (kg) _____	Altezza (cm) _____ BMI _____ Durata di malattia (anni) _____
Ultimo Valore di HbA _{1c} (% oppure mmol/mol) _____	
Target o intervallo appropriato di HbA _{1c} a giudizio dello specialista (% oppure mmol/mol) _____	
Ipotglicemie severe o comunque condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Reazioni avverse (soltanto al follow-up)	
Si <input type="checkbox"/> (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente); No <input type="checkbox"/>	

*Si definiscono soggetti ad alto rischio cardiovascolare coloro che presentano una probabilità, calcolata mediante le carte italiane del rischio cardiovascolare, $\geq 20\%$ di presentare un evento CV fatale o non fatale nei successivi 10 anni (<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>). Vedi carte del rischio allegate.



		Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Proseguimento terapia <input type="checkbox"/>
Farmaco	Posologia	Regime terapeutico	
<i>Exenatide</i>	5 µg x 2 per 1 mese, poi 10 µg x 2/die (1° prescrizione) <input type="checkbox"/> 10 µg x 2/die (proseguimento) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> 	
<i>Lixisenatide</i>	10 µg/die per 14 giorni, poi 20 µg/die (1° prescrizione) <input type="checkbox"/> 20 µg/die (proseguimento) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • insulina basale <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> 	
<i>Liraglutide</i>	Penne pre-riempite 6 mg/ml (posologia variabile da 0.6 a 1.8 mg/die a seconda della risposta clinica) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • insulina basale <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> 	
<i>Exenatide "a rilascio prolungato"</i>	2 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • dapagliflozin <input type="checkbox"/> • insulina basale <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e dapagliflozin <input type="checkbox"/> • metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> 	
<i>Albiglutide</i>	30 mg/settimana <input type="checkbox"/> 50 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> 	
<i>Dulaglutide</i>	0.75 mg/settimana <input type="checkbox"/> 1.5 mg/settimana <input type="checkbox"/> 3.0 mg/settimana <input type="checkbox"/> 4.5 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • gliflozina <input type="checkbox"/> • insulina basale <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e gliflozina <input type="checkbox"/> • metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> 	
<i>Semaglutide (sottocutanea)</i>	0.25 mg/settimana per 4 settimane, poi 0.5 mg/settimana (1° prescrizione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> • sulfonilurea <input type="checkbox"/> • insulina basale <input type="checkbox"/> 	



	0.5 mg/settimana (prosecuzione) <input type="checkbox"/> 1.0 mg/settimana (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
<i>Semaglutide (orale)</i>	3 mg una volta al giorno per 30 gg, poi 7 mg una volta al giorno (1° prescrizione) <input type="checkbox"/> 7 mg una volta al giorno (prosecuzione) <input type="checkbox"/> 14 mg una volta al giorno (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> • metformina <input type="checkbox"/> • pioglitazone <input type="checkbox"/> sulfonilurea <input type="checkbox"/> • gliflozina <input type="checkbox"/> • insulina basale <input type="checkbox"/> • metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> • metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> • metformina e gliflozina <input type="checkbox"/> • metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>

Data _____

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

