

**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 ☐ F ☐	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)	☐ prima prescrizione	☐ prosecuzione di terapia
	Prescrizione Antidiabetici vincolati a PT	Posologia incretine/inibitori DDP-4 (specificare)
☐ Metformina	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
	☐ Vildagliptin	☐ 50 mg/die ☐ 50mg x2/die
	☐ Exenatide	☐ 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) ☐ 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
	☐ Sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg/die ☐ 50/1000 mg/die ☐ 50/850 mg x2/die ☐ 50/1000 mg x2/die
	☐ Vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg/die ☐ 50/1000 mg/die ☐ 50/850 mg x2/die ☐ 50/1000 mg x2/die
☐ Sulfanilurea	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
	☐ Vildagliptin	☐ 50 mg/die ☐ 50mg x2/die
	☐ Exenatide	☐ 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) ☐ 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
	☐ Sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg/die ☐ 50/1000 mg/die ☐ 50/850 mg x2/die ☐ 50/1000 mg x2/die
☐ Glitazone	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
	☐ Vildagliptin	☐ 50 mg/die ☐ 50mg x2/die
	☐ Sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg/die ☐ 50/1000 mg/die ☐ 50/850 mg x2/die ☐ 50/1000 mg x2/die
☐ Metformina +sulfanilurea	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
	☐ Exenatide	☐ 5 mcg x 2 per 1 mese, poi 10 mcg x 2 (1°prescr.) ☐ 10 mcg x 2 (prosecuzione di terapia)
☐ Metformina + glitazoni	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
☐ Insulina	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
	☐ Sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg/die ☐ 50/1000 mg/die ☐ 50/850 mg x2/die ☐ 50/1000 mg x2/die
☐ Metformina + insulina	☐ Sitagliptin	☐ 100mg/die
Terapia di prima linea per pazienti intolleranti alla metformina o che presentano controindicazioni alla metformina	☐ Sitagliptin	☐ 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: ☐ inefficacia terapeutica ☐ tossicità		

Data (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Timbro e firma del medico prescrittore