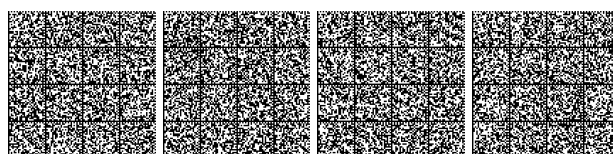


## **PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEGLI AGONISTI DEL GLP-1R NEL DIABETE DI TIPO 2**

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  $Hb_{A1c}$  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.

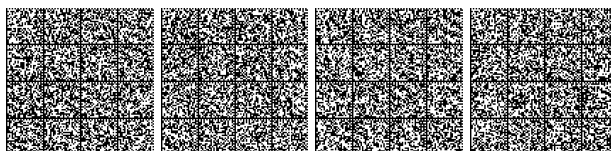
<b>Centro Diabetologico prescrittore</b> _____	
<b>Medico specialista prescrittore</b> _____	
Tel. _____	e-mail _____
<b>Medico di Medicina Generale</b> _____	
<b>Paziente</b> (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Comune di nascita _____	Etero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
<b>Dati clinici</b>	
Pregresso evento cardiovascolare Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	
Alto* rischio cardiovascolare Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	
Peso (kg) ____	Altezza (cm) ____ BMI ____ Durata di malattia (anni) ____
Ultimo Valore di $Hb_{A1c}$ (% oppure mmol/mol) _____	
Target o intervallo appropriato di $Hb_{A1c}$ a giudizio dello specialista (% oppure mmol/mol) _____	
Ipoglicemie severe o comunque condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Reazioni avverse (soltanto al follow-up)	
Sì <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.



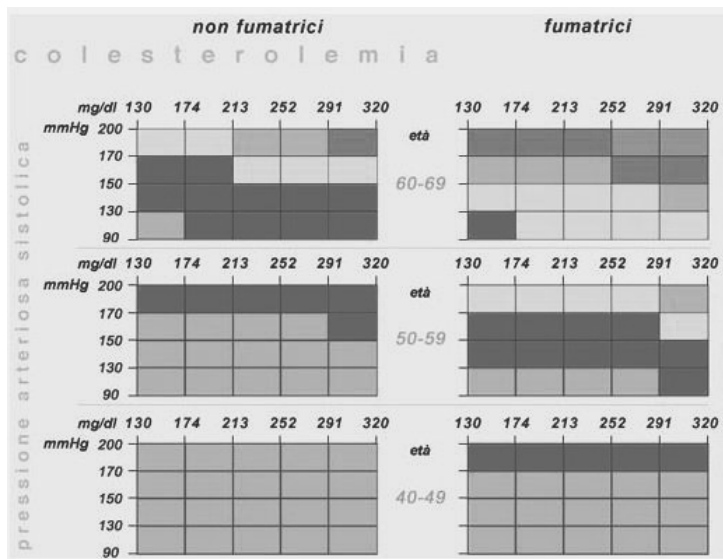
		Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione terapia <input type="checkbox"/>
Farmaco	Posologia	Regime terapeutico	
<i>Exenatide</i>	5 µg x 2 per 1 mese, poi 10 µg x 2/die (1° prescrizione) <input type="checkbox"/> 10 µg x 2/die (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<i>Lixisenatide</i>	10 µg/die per 14 giorni, poi 20 µg/die (1° prescrizione) <input type="checkbox"/> 20 µg/die (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• insulina basale <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e insulina basale <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<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"> <li>• metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• insulina basale <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e insulina basale <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<i>Exenatide "a rilascio prolungato"</i>	2 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<i>Albiglutide</i>	30 mg/settimana <input type="checkbox"/> 50 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<i>Dulaglutide</i>	0.75 mg/settimana <input type="checkbox"/> 1.5 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• insulina basale <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/></li> <li>• metformina e insulina basale <input type="checkbox"/></li> </ul>	

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico Prescrittore  
\_\_\_\_\_

CARTE ITALIANE PER LA STIMA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLA POPOLAZIONE AFFETTA DA DIABETE MELLITO (<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>)

DONNE



LIVELLI DI RISCHIO CV

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%

UOMINI

