

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE
IN ASSOCIAZIONE FISSA**

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere, universitarie o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN, individuate dalle Regioni, ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La validità temporale è di dodici mesi.

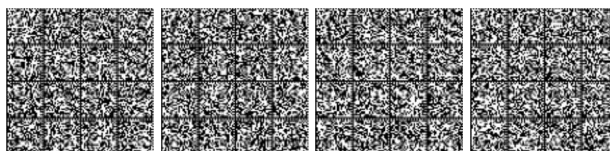
<p>Centro prescrittore _____</p> <p>Medico prescrittore (cognome, nome) _____</p> <p>Tel. _____ e-mail _____</p>
--

<p>Paziente (cognome, nome) _____</p> <p>Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Comune di nascita _____ Estero <input type="checkbox"/></p> <p>Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Residente a _____ Tel. _____</p> <p>Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____</p> <p>Medico di Medicina Generale _____</p>
--

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con l'associazione fissa insulina degludec/liraglutide è indicato nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2.

La rimborsabilità a carico del SSN è limitata ai pazienti inadeguatamente controllati dalla precedente linea di terapia con insulina basale e altri ipoglicemizzanti diversi dall'insulina. L'associazione fissa degludec/liraglutide non è stata studiata in pazienti *näive* al trattamento, in associazione a regimi insulinici multi-iniettivi e in associazione ad inibitori SGLT-2; in tali casi non è pertanto riconosciuta la rimborsabilità.



Si sottolinea che l'associazione fissa degludec/liraglutide non permette nella maggior parte dei casi di sostituire automaticamente i due principi attivi già assunti separatamente; in tali casi sarà pertanto necessaria una opportuna modifica dei dosaggi, secondo giudizio clinico.

FARMACO, DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Nome commerciale e dosaggio: _____

Durata prevista del trattamento (non oltre 12 mesi): _____

Indicare se:

 prima prescrizione prosecuzione della terapia

Data _____

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

