



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160114 - BA

**PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
INCREATINE/INIBITORI DPP-4
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE TIPO 2**

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>			Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>		
Peso(Kg)	<input type="text"/>	H(cm)	<input type="text"/>	BMI	<input type="text"/>
				Circonferenza vita (cm)	<input type="text"/>
Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione):				<input type="text"/>	
Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol):				<input type="text"/>	
Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi:				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Ipoglicemie dall'ultima valutazione (solo al follow up):				<input type="radio"/> Si (lievi, severe, critiche) <input type="radio"/> NO	
Sospetta segnalazione di reazioni avverse:					
<input type="radio"/> Si (compilare la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa ADR) <input type="radio"/> NO					
Clearance creatinina secondo Cockcroft-Gault (ml/min.)				<input type="text"/>	

Dose e durata del trattamento			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="radio"/> Con Modifiche <input type="radio"/> Senza Modifiche			
	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia
Saxagliptin/ metformina	<input type="text"/> /Die x 2		In associazione con: <input type="checkbox"/> Insulina basale
Data Emissione <input type="text"/>			
Data Termine <input type="text"/>			