

SCHEMA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE
DI AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
Specificare se: ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Specialista in _____
U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: ☐ M ☐ F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____
Residenza _____

Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? ☐ Sì ☐ No
Specificare gli eventi avversi _____
Terapia in corso _____
Terapia confermata: ☐ Sì ☐ No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- ☐ prevenzione CV secondaria*
- ☐ rischio CV elevato**
- ☐ mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target
- ☐ controindicazione o intolleranza a SGLT2i (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- ☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/sett		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GIP/GLP1- RA	☐ tirzepatide	☐ 2,5 mg una volta/sett ☐ 5 mg una volta/sett ☐ 7,5 mg una volta/sett ☐ 10 mg una volta/sett ☐ 12,5 mg una volta/sett ☐ 15 mg una volta/sett
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die			
	☐ semaglutide orale	☐ 1,5 mg una volta/die* ☐ 3 mg una volta/die ☐ 4 mg una volta/die* ☐ 7 mg una volta/die ☐ 9 mg una volta/die* ☐ 14 mg una volta/die			
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett			

La prescrizione delle associazioni SGLT2i+GLP1-RA o SGLT2i+GIP/GLP1-RA può avvenire sia da parte di specialisti di strutture individuate dalle Regioni sia da parte del MMG. La prescrizione delle associazioni SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

*Nuove posologie in sostituzione delle precedenti.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____ la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico