

**Piano Terapeutico**  
**per la prescrizione degli inibitori di SGLT-2 e loro associazioni precostituite**  
**nel trattamento del diabete tipo 2**

(da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN, da rinnovarsi semestralmente e consegnare al paziente in formato cartaceo)

*Informazioni generali/anagrafiche*

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 \_\_\_\_\_

*Dati clinici*

Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ circonferenza vita (cm) \_\_\_\_\_

Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni \_\_\_\_\_ Ultimo Valore HbA<sub>1c</sub> \_\_\_\_\_

Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Si No

Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow-up) Si (lievi , condizionanti le attività quotidiane , severe ) No

Reazioni avverse? Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) No



<b>Prima prescrizione</b> <input type="checkbox"/>		<b>Prosecuzione terapia:</b> con modifiche senza modifiche
<b>Principio attivo</b>	<b>Posologia/regime terapeutico</b>	
<i>Dapagliflozin</i>	10 mg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia</li> <li>• In associazione a metformina</li> <li>• In associazione a insulina (con o senza metformina)</li> </ul>
<i>Dapagliflozin/ Metformina</i>	5/850 mg/die x 2 5/1000 mg/die x 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a insulina: si no</li> </ul>
<i>Saxagliptin/ Dapagliflozin</i>	5/10 mg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a metformina</li> <li>• In associazione a sulfanilurea (con o senza metformina)</li> </ul>
<i>Canagliflozin</i>	100 mg/die 300 mg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia</li> <li>• In associazione a metformina</li> <li>• In associazione a insulina (con o senza metformina)</li> </ul>
<i>Canagliflozin/ Metformina</i>	50/850 mg/die x 2 50/1000 mg/die x 2 150/850 mg/die x 2 150/1000 mg/die x 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a insulina: si no</li> </ul>
<i>Empagliflozin</i>	10 mg/die 25 mg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia</li> <li>• In associazione a metformina</li> <li>• In associazione a insulina (con o senza metformina)</li> </ul>
<i>Empagliflozin/ Metformina</i>	5/850 mg/die x 2 5/1000 mg/die x 2 12.5/850 mg/die x 2 12.5/1000 mg/die x 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a insulina: si no</li> </ul>
<i>Empagliflozin/ Linagliptin</i>	10/5 mg/die 25/5 mg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a metformina</li> <li>• In associazione a sulfanilurea (con o senza metformina)</li> </ul>
<i>Ertugliflozin</i>	5 mg/die 15 mg/die	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia</li> <li>• In associazione a metformina</li> <li>• In associazione a sitagliptin (con o senza metformina)</li> </ul>
<i>Ertugliflozin/ Metformina</i>	2.5/1000 mg/die x 2 7.5/1000 mg/die x 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a sitagliptin</li> </ul>

Data valutazione: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

