PROVA PRATICA N.2

Regione Emilia Romagna

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico regionale per la prescrizione degli Inibitori di SGLT2 e loro associazioni precostituite nel trattamento del diabete mellito di tipo 2

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura dei Centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalla Regione Emilia-Romagna)

*Il Piano Terapeutico deve essere **rinnovato semestralmente** e consegnato al paziente in formato cartaceo*

Informazioni generali/anagrafiche

Azienda Sanitaria: ROMAGNA

Unità Operativa del Medico prescrittore: GENATRIA

Nome e cognome del Medico prescrittore: VERDI MIRCO

Recapito telefonico: 0543 731055

Paziente (nome, cognome): ROSSI GIULIA

Data di nascita: ___/___/___ *Sesso:* M ☐ F ☒ *Codice Fiscale:* _____

Indirizzo: VIA NANNI 13 FORLI

Recapiti telefonici: _____

ASL di Residenza: ROMAGNA *Medico di Medicina Generale:* BIANCHI SONIA

Peso (kg): 65 *Altezza (cm):* 150 *BMI (kg/mq):* _____ *Circonferenza vita (cm):* _____

Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): _____

Ultimo valore HbA1c (% oppure mmol/mol): 7,2%

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 ☐

PROVA PRATICA N. 2

Prima prescrizione ☐ *Prosecuzione terapia: con modifiche* ☐ *senza modifiche* ☐		
	Posologia	
Dapagliflozin	☐ 10 mg/die	☐ monoterapia ☐ in associazione a metformina ☐ in associazione ad insulina ☐ in associazione a insulina e metformina
Dapagliflozin/ metformina	☐ 5/850 mg x 2/die ☐ 5/1.000 mg x2/die	☐ in associazione a insulina
Saxagliptin/ dapagliflozin	☐ 5/10 mg/die	☐ in associazione a metformina ☐ in associazione a sulfanilurea ☐ in associazione a sulfanilurea e metformina
Canagliflozin	☐ 100 mg/die ☐ 300 mg/die	☐ monoterapia ☐ in associazione a metformina ☐ in associazione ad insulina ☐ in associazione a insulina e metformina
Canagliflozin/ metformina	☐ 50/850 mg x 2/die ☐ 50/1000 mg x 2/die ☐ 150/850 mg x 2/die ☐ 150/1000 mg x 2/die	☐ In associazione a insulina
Empagliflozin	☐ 10 mg/die ☐ 25 mg/die	☐ monoterapia ☐ in associazione a metformina ☐ in associazione ad insulina ☐ in associazione a insulina e metformina
Empagliflozin/ metformina	☐ 5/850 mg x 2/die ☐ 5/1000 mg x 2/die ☐ 12,5/850 mg x 2/die ☐ 12,5/1000 mg x 2/die	☐ in associazione a insulina
Empagliflozin/ linagliptin	☐ 10/5 mg/die ☐ 25/5 mg/die	☐ in associazione a metformina ☐ in associazione a sulfanilurea ☐ in associazione a sulfanilurea e metformina
Ertugliflozin	☐ 5 mg/die ☒ 15 mg/die	☐ monoterapia ☐ in associazione a metformina ☐ in associazione a sitagliptin (posologia_____) ☒ in associazione a sitagliptin (posologia_____) e metformina
Ertugliflozin/ Metformina	☐ 2,5/1000 mg x 2/die ☐ 7,5/1000 mg x 2/die	☐ in associazione a sitagliptin (posologia_____)

Data valutazione 20/07/2020

Timbro e firma del medico prescrittore