

LIMITAZIONI ALLA RIMBORSABILITÀ:

La prescrizione dei farmaci inibitori di SGLT-2 e loro associazioni precostituite è soggetta a diagnosi e piano terapeutico rinnovabile ogni sei mesi da parte di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.

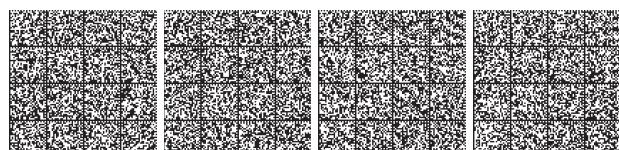
La rimborsabilità a carico del S.S.N. in regime di dispensazione RRL-PT/PHT, nel rispetto delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci, è limitata ai pazienti adulti con diabete tipo 2 nelle seguenti condizioni:

1. In monoterapia, nei pazienti intolleranti alla metformina nei quali l'utilizzo di un diverso ipoglicemizzante risulti controindicato o non appropriato.
2. In associazione a metformina (duplice terapia), nei casi in cui l'utilizzo di un diverso ipoglicemizzante risulti controindicato o non appropriato.
3. In associazione a insulina, con o senza metformina.

Per le associazioni precostituite con DPPIV, la rimborsabilità a carico del S.S.N. in regime di dispensazione RRL-PT/PHT, nel rispetto delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci, è limitata ai pazienti adulti con diabete tipo 2 nelle seguenti condizioni:

1. In associazione a metformina, nei casi in cui l'utilizzo di un diverso ipoglicemizzante risulti controindicato o non appropriato.
2. In associazione a sulfanilurea, con o senza metformina.

In entrambi i casi, il paziente deve aver fallito un precedente trattamento con uno dei due singoli principi attivi contenuti nell'associazione precostituita, con o senza metformina



**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

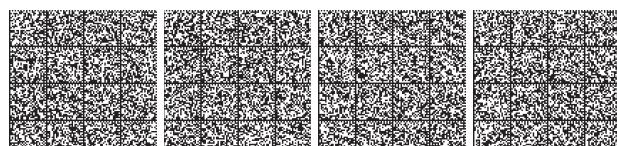
Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____ BMI _____ circonferenza vita (cm) _____

Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni _____ Ultimo Valore HbA_{1c} _____

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



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

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

19A06126

