

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER INSULINA GLARGINE E INSULINA DETEMIR ⁽¹⁾**



Centro prescrittore

Nome cognome del medico prescrittore

Recapito telefonico

Assistito (nome, cognome)

Età Sesso M F Tessera sanitaria (Cod. Fisc:) n°

Indirizzo

AUSL di residenza Provincia

Medico curante (nome, cognome)

Tipologia del paziente:

- Diabetico tipo 1**
- Diabetico tipo 2 in controllo metabolico non ottimale**

Tipologia di trattamento

- precedentemente trattato con terapia insulinica multi-iniettiva
- precedentemente trattato con insuline pre-miscelate
- precedentemente trattato solo con ipoglicemizzanti orali*
- paziente diabetico di tipo 1 di nuova diagnosi

* Si rammenta che alcuni ipoglicemizzanti orali (es. Rosiglitazone) sono controindicati in associazione con insuline

Motivazione per l'uso di insulina Glargine o Detemir:

- Profilo glicemico con ampie oscillazioni della glicemia e/o compenso metabolico non soddisfacente
- Soggetto con "Hypoglycemia Unawareness"
- Soggetto a rischio di gravi conseguenze in caso di ipoglicemia severa
- Soggetto con gravi difficoltà a praticare più di una somministrazione di insulina al giorno

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco: **GLARGINE** **DETEMIR**

Forma Farmaceutica : **Flaconi** **Penne Preriempite** **Cartucce per Penne Ricaricabili**

Posologia Prevista (Unità/die) :

Durata prevista del trattamento⁽²⁾

Indicare se:

- Prima prescrizione
- Prosecuzione della cura

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito.
2) Non oltre 12 mesi se redatto da strutture di Diabetologia. **Non oltre 3 mesi** se redatte da UU.OO. di Medicina Interna o Geriatria o Pediatria.