

## SCHEDA DI MONITORAGGIO REGIONALE PER GLITAZONI <sup>(1)</sup>

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) .....

**La prescrizione di glitazoni è a carico del SSN solo nel trattamento del diabete mellito di tipo 2 e se rispondente a una delle seguenti condizioni:**

- A) In monoterapia:** in pazienti (in particolare pazienti sovrappeso) non adeguatamente controllati dalla dieta e dall'esercizio fisico per i quali il trattamento con metformina è inappropriato a causa di controindicazioni o intolleranza.
- B) In associazione:**
  - con Metformina: paziente per il quale la massima dose tollerata di metformina in monoterapia è risultata insufficiente
  - con Sulfanilurea: paziente non trattabile con metformina per il quale la massima dose tollerata di sulfanilurea in monoterapia è risultata insufficiente.
  - con Metformina e sulfanilurea: paziente con insufficiente controllo glicemico nonostante la duplice terapia orale.
  - con insulina (solo per Pioglitazone): paziente con insufficiente controllo glicemico con insulina e non trattabile con metformina.

### EVENTUALI CO-MORBILITÀ CARDIOVASCOLARI

- Evento cardiovascolare maggiore
- Scenpenso cardiaco di classe NYHA (specificare) .....
- Altro (specificare ) .....

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco prescritto..... Dose/die .....

Durata prevista del trattamento .....

**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 da parte del medico che effettua la prima prescrizione (Specialisti o MMG).