



## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEEC/LIRAGLUTIDE IN ASSOCIAZIONE FISSA

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere, universitarie o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN, individuate dalle Regioni, ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La validità temporale è di dodici mesi.

<b>Centro prescrittore</b> _____
<b>Medico prescrittore</b> (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

<b>Paziente</b> (cognome, nome) _____
Data di nascita _____ sesso M F
Comune di nascita _____ Estero
Codice fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
<b>Medico di Medicina Generale</b> _____

### Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con l'associazione fissa insulina degludec/liraglutide è indicato nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2.

La rimborsabilità a carico del SSN è limitata ai pazienti inadeguatamente controllati dalla precedente linea di terapia con insulina basale e altri ipoglicemizzanti diversi dall'insulina. L'associazione fissa degludec/liraglutide non è stata studiata in pazienti *näive* al trattamento, in associazione a regimi insulinici multi-iniettivi e in associazione ad inibitori SGLT-2; in tali casi non è pertanto riconosciuta la rimborsabilità.

Si sottolinea che l'associazione fissa degludec/liraglutide non permette nella maggior parte dei casi di sostituire automaticamente i due principi attivi già assunti separatamente; in tali casi sarà pertanto necessaria una opportuna modifica dei dosaggi, secondo giudizio clinico.

**FARMACO, DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO**

**Nome commerciale e dosaggio:** \_\_\_\_\_

**Durata prevista del trattamento (non oltre 12 mesi):** \_\_\_\_\_

**Indicare se:**

prima prescrizione

prosecuzione della terapia

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

\_\_\_\_\_