

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI:
 INSULINA DEGLUDEC e INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE

Unità Operativa DIABETOLOGIA RAVENNA
 Medico prescrittore (nome e cognome) ROSSI LUCA
 Tel. _____ e-mail luca.rossi@auslromagna.it

Paziente (nome e cognome o iniziali) VERDI ANDREA Data di nascita 7/1/1968
 Codice Fiscale _____
 Residente a RAVENNA Prov. RA Via _____ n. _____
 Tel. _____ AUSL di residenza ROMAGNA Regione EM
 Medico di Medicina generale BIANCHI MARIA

Ai fini della rimborsabilità, come da Determina AIFA, la prescrizione dovrà avvenire a cura delle Strutture Diabetologiche (incluse le diabetologie pediatriche) ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate (specialisti in Medicina interna, Endocrinologia, Geriatria) utilizzando il Piano Terapeutico regionale; l'erogazione è limitata alla distribuzione diretta.

Criteri di eleggibilità

- diabete mellito di tipo 1* diabete mellito di tipo 2**
 Precedente trattamento con insulina basale (specificare quale) sì no

e presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- assenza di un controllo glicemico adeguato nelle 24 h con il trattamento insulinico multiiniettivo comprendente un'altra insulina basale;
 presenza di ipoglicemie notturne in corso di trattamento con altra insulina basale;
 necessità di flessibilità di orario nella somministrazione della insulina basale e capacità di gestire tale flessibilità .

Dose e durata del trattamento

- Insulina degludec 100 U/ml FlexPen da 3 ml Insulina degludec (100 U/ml) + liraglutide (3,6 mg/ml) in penna preriempita da 3 ml

Dose/die: 10 UI Durata prevista del trattamento: 6 mesi N. conf. _____

- inizio trattamento prosecuzione della cura

Farmaci associati:

- insulina rapida ipoglicemizzante/i orali (specificare quali)
 DPP-4 inibitore (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin, alogliptin)* da solo con MTF
barrare il principio attivo
 GLP-1 analogo (lixisenatide, liraglutide, dulaglutide)*** da solo con MTF
barrare il principio attivo

Data 30/06/2011

timbro e firma del Medico prescrittore

Luca Rossi

* l'uso deve avvenire in associazione con una insulina rapida

** nel DM2 insulina degludec è rimborsata SSN:

- quando prescritta in associazione con ipoglicemizzanti per cui è rimborsata l'associazione con una insulina basale o in associazione con una insulina rapida
- in associazione preconstituita con liraglutide inadeguatamente controllati dalla precedente linea di terapia con l'insulina basale ed altri ipoglicemizzanti diversi dall'insulina.

*la associazione estemporanea con i DPP-4 inibitori è prevista solo per insulina degludec

***il checkbox NON deve essere barrato in caso di prescrizione della associazione PRECOSTITUITA insulina degludec/liraglutide, mentre vanno indicati gli eventuali ulteriori farmaci associati

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)

1/2

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

Informazioni generali/anagrafiche

Azienda Sanitaria: AUSL DELLA ROMAGNA

Unità Operativa del Medico prescrittore: CENTRO ANTI DIABETICO

Nome e cognome del Medico prescrittore: NERI MATEO

Recapito telefonico: _____

Paziente (nome, cognome): BIANCHI LUCA

Data di nascita: 19/04/1959 Sesso: M F Codice Fiscale: _____

Indirizzo: VIA NOTTA 5 RAVENNA

Recapiti telefonici: _____

ASL di Residenza: ROMAGNA Medico di Medicina Generale: ROSSI SANDRO

Peso (kg): _____ Altezza (cm): _____ BMI (kg/mq): 32 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?

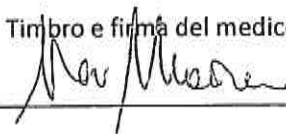
Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) No

2/2

Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input checked="" type="checkbox"/>		
	Posologia	
Dapagliflozin	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg/die	<input type="checkbox"/> monoterapia <input checked="" type="checkbox"/> in associazione a metformina <input type="checkbox"/> in associazione ad insulina <input type="checkbox"/> in associazione a insulina e metformina
Dapagliflozin/ metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 5/1.000 mg x2/die	<input type="checkbox"/> in associazione a insulina
Saxagliptin/ dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg/die	<input type="checkbox"/> in associazione a metformina <input type="checkbox"/> in associazione a sulfanilurea <input type="checkbox"/> in associazione a sulfanilurea e metformina
Canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg/die <input type="checkbox"/> 300 mg/die	<input type="checkbox"/> monoterapia <input type="checkbox"/> in associazione a metformina <input type="checkbox"/> in associazione ad insulina <input type="checkbox"/> in associazione a insulina e metformina
Canagliflozin/ metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg x 2/die	<input type="checkbox"/> In associazione a insulina
Empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg/die <input type="checkbox"/> 25 mg/die	<input type="checkbox"/> monoterapia <input type="checkbox"/> in associazione a metformina <input type="checkbox"/> in associazione ad insulina <input type="checkbox"/> in associazione a insulina e metformina
Empagliflozin/ metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg x 2/die	<input type="checkbox"/> in associazione a insulina
Empagliflozin/ linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg/die	<input type="checkbox"/> in associazione a metformina <input type="checkbox"/> in associazione a sulfanilurea <input type="checkbox"/> in associazione a sulfanilurea e metformina
Ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg/die <input type="checkbox"/> 15 mg/die	<input type="checkbox"/> monoterapia <input type="checkbox"/> in associazione a metformina <input type="checkbox"/> in associazione a sitagliptin (posologia _____) <input type="checkbox"/> in associazione a sitagliptin (posologia _____) e metformina
Ertugliflozin/ Metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg x 2/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg x 2/die	<input type="checkbox"/> in associazione a sitagliptin (posologia _____)

Data valutazione 25/11/2020

Timbro e firma del medico prescrittore



PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI DUPILUMAB
NELLA RINOSINUSITE CRONICA CON POLIPOS NASALE (CRSwNP)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura dei Centri ospedalieri individuati dalla Regione Emilia-Romagna

1/2

Centro prescrittore ORL FORLÌ
 Medico prescrittore (cognome, nome) VERDI SARA
 Tel. 0543/735555 e-mail _____

Paziente (cognome, nome) ROSSI RICARDO
 Data di nascita 15/11/2005 sesso M F
 Comune di nascita FORLÌ Estero
 Codice fiscale |||||
 Residente a FORLÌ Tel. _____
 Regione EM ASL di residenza ROMAGNA Prov. FC
 Medico di Medicina Generale BIANCHI WCA

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento della CRSwNP con dupilumab a carico del SSN è limitato a pazienti adulti con CRSwNP grave (valutata tramite uno score NPS ≥ 5 oppure un punteggio SNOT-22 ≥ 50), per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non forniscono un controllo adeguato della malattia, in aggiunta alla terapia di background con corticosteroidi intranasali.

Il trattamento con dupilumab nella rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) grave deve essere iniziato in associazione a corticosteroidi intranasali da medici specialisti esperti della patologia (otorinolaringoiatra, immunologo/allergologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta al trattamento precedente.

1. Età ≥ 18 anni
 2. Diagnosi accertata* di rinosinusite cronica con poliposi nasale grave
 3. Malattia grave definita da:
 punteggio NPS ≥ 5
 punteggio SNOT-22 ≥ 50
 4. Fallimento del trattamento precedente specificando tra le seguenti opzioni:
 Terapia con corticosteroidi sistemici (almeno due cicli nell'anno precedente) seguita da:
 sospensione per intolleranza/eventi avversi
 mancanza di efficacia
 Intervento chirurgico (ESS) seguito da:
 mancata/inadeguata risposta
 complicanze post-operatorie

*la diagnosi accertata di CRSwNP implica l'esecuzione di una endoscopia delle cavità nasali ed eventualmente di una TAC

Il paziente è in trattamento con altro anticorpo monoclonale per l'asma grave Sì No

Si ricorda che non esiste attualmente alcuno studio che abbia valutato l'efficacia e la sicurezza della somministrazione concomitante di dupilumab con altri anticorpi monoclonali utilizzati per il trattamento dell'asma grave.

Prima prescrizione Prosecuzione terapia

Dupixent 300 mg soluzione per iniezione s.c. confezione da 1 penna preriempita: ~~AIC: 045676172⁶~~

⁶ NB. Solo questo AIC è rimborsato dal SSN per il trattamento della rinosinusite cronica grave con poliposi.

Posologia: La dose iniziale raccomandata per i pazienti adulti è di 300 mg, seguita da una dose di 300 mg somministrata a settimane alterne.

n. confezioni da 1 penna preriempita da 300 mg: 2

Durata prevista del trattamento (mesi): 6

Rivalutazione dopo 6 mesi come da RCP: considerare la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (per la definizione di mancata risposta fare riferimento ai criteri proposti nel documento di consenso sui farmaci biologici per CRSwNP EUFOREA 2019 e EPOS 2020)

Il Piano terapeutico ha una validità massima di 12 mesi

Data 30/06/2021

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista proscrittore
