



Codice Paziente	Iniziali	Sesso	Data di registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

DATI CLINICI
I campi contrassegnati con*sono obbligatori.

Data di esordio*:		anno*: _ _		mese: _ _	
Peso*:	_____ kg	Altezza*:	_____ cm	BMI	_____ kg/m ² (Automatico)
Circonferenza vita*:	_____ cm	Glicemia a digiuno*:		_____ mg/dL	
HbA1c*:	_____ %	Inserire il valore massimo di normalità di riferimento del laboratorio per HbA1c*:		_____ %	
Insulina a digiuno	_____ µU/mL	C-Peptide a digiuno		_____ ng/mL	

Terapia in corso prima dell'attuale piano terapeutico*

Gruppo Terapeutico:	Principio Attivo:	Dosaggio giornaliero	Tempo di utilizzazione (in mesi)
<input type="checkbox"/> glitazoni	- ROSIGLITAZONE - PIOGLITAZONE	_____ mg	_____
<input type="checkbox"/> sulfoniluree	- GLIBENCLAMIDE - CLORPROPAMIDE - GLIPIZIDE - GLIQUIDONE - GLICLAZIDE - GLIMEPIRIDE	_____ mg	_____
<input type="checkbox"/> glinidi §	- REPAGLINIDE	_____ mg	_____
<input type="checkbox"/> biguanidi	- METFORMINA	_____ mg	_____
<input type="checkbox"/> Inibitori dell' Alfa-Glucosidasi	-ACARBOSIO	_____ mg	_____

§ Associazione non prevista dalle attuali indicazioni

Ipoglicemie:

Il paziente ha avuto episodi di ipoglicemia negli ultimi 4 mesi?*		<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
Se sì:	N° di episodi		
<input type="checkbox"/> lievi: (risolte dal pz. stesso)	_____		
<input type="checkbox"/> severe: (necessità di intervento di terzi)	_____		
<input type="checkbox"/> critiche: (necessità di ricovero ospedaliero)	_____		

 Data

 Timbro e firma del medico