
**FOLLOW-UP**

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

Follow up del mese*: <input type="radio"/> 4° <input type="radio"/> 8° <input type="radio"/> 12° <input type="radio"/> 16° <input type="radio"/> 20° <input type="radio"/> 24°
Data valutazione*: _____/_____/_____ (gg/mm/aaaa)

**Dati Clinici**

Peso: *: _____ kg	BMI _____ kg/m <sup>2</sup> (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

**Ipoglicemie:**

Il paziente ha avuto episodi di ipoglicemia dalla visita precedente*:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>Se sì:</b>	<b>N° di episodi</b>
<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)	_ _

**Reazioni avverse:**

Reazioni avverse *:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
---------------------	---

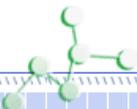
**N.B.: Se si sono verificate reazioni avverse non attese compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente in monitoraggio intensivo**

**Terapia**

Prosegue terapia prescritta:	<input type="radio"/> Sì, senza modifiche <input type="radio"/> Sì, con modifiche <input type="radio"/> No
------------------------------	--

**Se Sì con modifiche, specificare:**

Gruppo Terapeutico:	Principio Attivo: (selezionare un solo principio attivo)	Dosaggio giornaliero
<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

<b>Se no prosegue la terapia:</b>	
motivo principale:	Fallimento terapeutico Reazioni avverse Non compliance alla terapia Cambio terapia Paziente perso al Follow Up Paziente Deceduto Passaggio a nuova terapia Altro
Se altro, specificare	_____
Data di fine trattamento*:	___/___/_____ (gg/mm/aaaa)

<b>In caso di decesso:</b>	
Data del decesso:	___/___/_____ (gg/mm/aaaa)
Causa del decesso:	<input type="radio"/> Malattia diabete correlata <input type="radio"/> Altro
Se altro, specificare	_____

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Timbro e firma del medico