

REGISTRAZIONE PAZIENTE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

INDICAZIONI: Victoza è indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito tipo 2 per raggiungere il controllo glicemico:
 In combinazione con: Metformina o una sulfanilurea, in pazienti con controllo glicemico¹ insufficiente nonostante la dose massima tollerata di metformina o sulfanilurea in monoterapia.
 In combinazione con: Metformina e una sulfanilurea o metformina e un tiazolidindione in pazienti con controllo glicemico¹ insufficiente nonostante la terapia combinata con due farmaci.

Cognome*:	_____	Nome*:	_____
Codice fiscale*:		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<p>Nota: In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel database centrale il paziente sarà identificato solo dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema.</p>			
Data di nascita*:	__/__/____	Sesso*:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Comune di nascita*:		_____	<input type="checkbox"/> Estero
Indirizzo*:	_____	Comune di residenza*:	_____
Telefono:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	e-mail:	_____@_____
Informazioni sul medico di base del paziente			
Cognome*:	_____	Nome*:	_____
Telefono:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	e-mail:	_____@_____
ASL*:		_____	
Codice del medico:		_____	

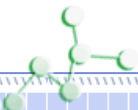
Data di prescrizione*:	__/__/____
Terapia prescritta	Dose prescritta
Liraglutide ² *:	<input type="radio"/> 1,2 mg U.I.D. <input type="radio"/> 1,8 mg U.I.D.
In associazione con*:	<input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> sulfonilurea <input type="checkbox"/> tiazolidindione

¹ In questa fase di monitoraggio, l'uso del farmaco viene suggerito soltanto per livelli di Hb glicata > 7.5%, o per livelli > 25% del valore massimo della normalità.

² Per migliorare la tollerabilità gastrointestinale, la dose iniziale è di 0,6 mg di liraglutide al giorno. Dopo almeno una settimana, la dose deve essere aumentata a 1,2 mg.

Data

Timbro e firma del medico



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

DATI CLINICI
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Data 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*:

Gruppo Terapeutico:	Principio Attivo: (selezionare un solo principio attivo)	Dosaggio giornaliero
<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
<input type="checkbox"/> glitazoni	-PIOGLITAZONE -ROSIGLITAZONE	_____ 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