
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° <input type="radio"/> 28° <input type="radio"/> 32°
Data valutazione*:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)

Dati Clinici

Peso*:	_____ kg	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

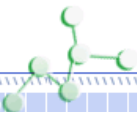
Ipoglicemie:

Il paziente ha avuto episodi di ipoglicemia dalla visita precedente*:	- Sì - 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)	_ _

Reazioni avverse:

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

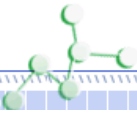
N.B.: Se si sono verificate reazioni avverse non attese compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente in monitoraggio intensivo



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:		
Liraglutide: <input type="radio"/> 1,2 mg U.I.D. <input type="radio"/> 1,8 mg U.I.D. <input type="radio"/> 0,6 mg U.I.D.		
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"/> Tiazolidindione	-PIOGLITAZONE -ROSIGLITAZONE	_____ mg

§ Associazione non prevista dalle attuali indicazioni

Se non prosegue la terapia:	
motivo principale:	Fallimento terapeutico Reazioni avverse Non compliance alla terapia Paziente perso al Follow Up Paziente Deceduto Passaggio a nuova terapia Altro
Se altro, specificare	_____
Data di fine trattamento*:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)



In caso di decesso:

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