

www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' FARMACEUTICHE
Struttura Complessa Assistenza Farmaceutica Convenzionata

Direttore: Dottoressa Adele **COCCINI**
Via Operai, 80 - 16149 GENOVA
Palazzo della Salute (Fiumara)
Tel. 0108497144 Fax 0108497142 - 7076
e-mail: FarmaceuticaConvenzionata@asl3.liguria.it

Genova, li 17 NOV. 2014

Id. n. 148742

Rif. Prot.

Ai Sigg.ri MMG/PLS

Al Coordinatore Presidi Ospedalieri
Dottoressa Bruna **REBAGLIATI**

Al Direttore
S.C. Cure Primarie
Dottor Lorenzo **BISTOLFI**

Al Direttore
Dipartimento Specialità Mediche
Dottor Andrea **ICARDI**

Direttore S.S. Dipartimentale
Diabetologia
Dottor Enrico **TORRE**

Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari:

Ponente n. 08
Dottor Filippo **PARODI**

Medio Ponente n. 09
Dottor Mauro **OCCHI**

Val Polcevera e Valle Scrivia n. 10
Dottor Carlo **NAVA**

Centro n. 11
Dottor Lorenzo **SAMPIETRO**

Val Bisagno e Val Trebbia n. 12
Dottoressa M. Romana **DELLEPIANE**

Levante n. 13
Dottoressa Daniela **DALL'AGATA**

E.p.c. Al Direttore
Dipartimento Attività Farmaceutiche
Dott.ssa Simonetta **NOBILE**

Al Direttore Sanitario f.f.
Dottor Luigi Carlo **BOTTARO**

Loro sedi

Oggetto: Piano Terapeutico TRESIBA.

Si comunica che sulla G.U. n. 266 del 15/11/2014 è stato pubblicato il Piano Terapeutico per la prescrizione a carico SSN dell'insulina degludec – TRESIBA – che si allega in copia alla presente.

Cordiali saluti.

Il Direttore
(Dottoressa Adele **COCCINI**)

AC/ma

PIANO TERAPEUTICO TRESIBA (insulina degludec)

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (specialisti in Endocrinologia, Medicina Interna, Geriatria) ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa del medico prescrittore _____	
Cognome e Nome del medico prescrittore _____	
Recapito telefonico _____	Indirizzo e-mail _____
Cognome e Nome dell'assistito _____	Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale _____	
Regione _____	Città _____
Indirizzo _____	
AUSL di residenza _____	
Cognome e Nome del medico curante _____	

Indicazioni terapeutiche a carico del SSN

1. Pazienti adulti con Diabete tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida
2. Pazienti adulti con Diabete tipo 2,
 - in associazione ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina
 - in associazione a insulina ad azione rapida

Farmaco, dose e durata del trattamento

Nome commerciale e dosaggio _____

Revisione prevista del piano terapeutico non oltre 12 mesi.

INIZIO TRATTAMENTO

PROSECUZIONE DELLA CURA

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico proscrittore

