



*Agenzia Italiana del Farmaco*

**AIFA**

Ufficio Prezzi e Rimborso

Roma, 14 novembre 2013

Alla NOVO NORDISK  
Via Elio Vittorini, 129  
00144 Roma

Fax 06-50 18 780

**OGGETTO: Farmaco TRESIBA**

Spett.le NOVO NORDISK

La Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA, nella riunione del 06/07/08 novembre 2013, ha ritenuto appropriata per la specialità in oggetto la prescrivibilità in regime A/RRL PT/PHT (endocrinologo, internista e geriatra).

Si trasmette copia del PT approvato.

In caso di accettazione dello stesso, la procedura prevede la valutazione del CPR per la definizione del prezzo e regime di rimborso.

Eventuali controdeduzioni possono essere presentate entro 10 giorni dal ricevimento della presente comunicazione.

**Il Dirigente**

(Mario Bruzzone)



*Agenzia Italiana del Farmaco*

**AIFA**

## 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  F

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 prescrittore