



Specificare se si tratta di:		
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione (durata 6 mesi)		
<input type="checkbox"/> prosecuzione di terapia	<input type="checkbox"/> durata 6 mesi	<input type="checkbox"/> durata 12 mesi
Il paziente ha ottenuto un miglioramento clinico, definito da una riduzione dell'HbA1c $\geq 1.0\%$ e/o dei trigliceridi a digiuno $\geq 30\%$ .		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
La prosecuzione della terapia a carico SSN è consentita soltanto in caso di miglioramento clinico secondo la definizione sopra riportata.		

**NOTA BENE**

Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par. 4.3-4.4-4.5-4.6-4.7). Si rimanda a RCP per posologia e modo di somministrazione (cfr. par. 4.2).

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_

20A01589

