

Cognome:

Nome:

Cod. Fiscale

Affetto da Diabete Mellito

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tipo 2 – In Trattamento Dietetico | <input type="checkbox"/> Tipo 2 – In Trattamento con Ipoglicemizzanti Orali |
| <input type="checkbox"/> Tipo 1 o 2 – In Trattam. con insulina/insulina e I.O. | <input type="checkbox"/> Gestazionale |
| <input type="checkbox"/> Piccolo Paziente Diabetico | <input type="checkbox"/> Altro |

Classe di Paziente in Funzione della Terapia – in Condizioni Routinarie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Classe 1 – Insulinica Intensiva (4 iniezioni/die)
125 Strisce Reattive/Mese | <input type="checkbox"/> Classe 3 – Ipoglicemizzante Or. con Farmaci Secretagoghi e/o Incretine
25 Strisce Reattive/Mese |
| <input type="checkbox"/> Classe 2 – Insulinica Convenzionale o Mista
<input type="checkbox"/> 100 Strisce Reattive/Mese (3 iniezioni/die)
<input type="checkbox"/> 75 Strisce Reattive/Mese (2 iniezioni/die)
<input type="checkbox"/> 75 Strisce Reattive/Bimestre (1 iniezione/die) | <input type="checkbox"/> Classe 4 – Dietetica e/o con Farmaci Insulino-Sensibilizzanti
25 Strisce Reattive/Bimestre |

Prescrizione con durata del Piano mesi (max. 12) _____

Ai sensi dell'Art. 2 dell'Accordo per l'Erogazione di Ausili per Diabetici (di cui alla D.G.R. 1714 del 26.07.2011 e s.m.i), con il pieno accordo del paziente, si propone la fornitura degli ausili strettamente correlati all'autogestione del diabete, di seguito elencati:

Fabbisogno Mensile

- | | | | |
|---|----|---|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> Lancette Pungidito | N. | <input type="checkbox"/> Strisce Reattive Glicosuria | N. |
| <input type="checkbox"/> Aghi per Penna da Insulina | N. | <input type="checkbox"/> Strisce Reattive Chetonuria | N. |
| <input type="checkbox"/> Siringhe per Insulina | N. | <input type="checkbox"/> Strisce Reattive Chetonemia | N. |
| <input type="checkbox"/> Strisce Chetonuria e Glicosuria | N. | | |

Medico Prescrittore:

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.O | <input type="checkbox"/> DSS | <input type="checkbox"/> MMG | <input type="checkbox"/> PLS |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

Struttura / Sede:

Data

Firma e Timbro

Autorizzazione Distretto Socio Sanitario di

Data

Firma e Timbro