



PIANO TERAPEUTICO E PROPOSTA DI PRESCRIZIONE PRESIDI PER PAZIENTI DIABETICI

Il presente modulo va inviato esclusivamente a mezzo posta elettronica ai seguenti recapiti: aspr@asl.lecco.it ,
oppure: assistenza.protesica@pec.asl.lecco.it

Codice Fiscale	Codice regionale	Data di nascita
Cognome e Nome	Recapito telefonico (fisso e/o cellulare)	
DIAGNOSI	Diabete <input type="radio"/> Tipo 1 <input type="radio"/> Tipo 2 <input type="radio"/> Utilizzo di microinfusore	
	<input type="radio"/> Diabete gestazionale	
TERAPIA		
<input type="radio"/> Ipoglicemizzanti orali insulino-sensibilizzanti e/o incretinimimetici	<input type="radio"/> Ipoglicemizzanti orali secretagoghi	<input type="radio"/> Dieta
<input type="radio"/> Insulina +/- ipoglicemizzanti orali	<input type="radio"/> Insulina (trattamento intensivo, più di due iniezioni/giorno)	
PROPOSTA DI PRESCRIZIONE		RISERVATO ALL' ASL
<input type="radio"/> siringhe insulina monouso (qualsiasi tipo)	n. die	
<input type="radio"/> aghi per penna insulinica da 28 G a 32 G	n. die	
<input type="radio"/> lancette per dispositivo pungi dito	n. mese	
<input type="radio"/> reattivi glicemia	n. mese	
<input type="radio"/> reattivi glicosuria	n. mese	
<input type="radio"/> reattivi corpi chetonici urine	n. mese	
<input type="radio"/> reattivi corpi chetonici sangue	n. mese	
<input type="radio"/> reattivi corpi chetonici /glicosuria	n. mese	
<input type="radio"/> altro: specificare	n. mese	

Richiesta di quantitativo maggiorato rispetto alle indicazioni ASL:

Motivazione _____ per un periodo di _____
come riportato nella certificazione specialistica allegata al presente piano terapeutico.

Prescrizione/Richiesta di apparecchio per la determinazione rapida della glicemia

Necessita di apparecchio per il controllo glicemico per:

- Nuova assegnazione
 Sostituzione

Data _____

**Timbro e firma del medico
proponente**

Riservato all' ASL della provincia di Lecco

Note _____

Si autorizza SI NO

Temporaneamente fino al _____

Data _____

Firma _____