

Proponente:

- Azienda Ospedaliera di Lecco
 Presidio Lecco Presidio Merate
 Altra azienda ospedaliera - Struttura

Divisione di: _____

- Medico di Medicina Generale/PLS
 Ufficio protesi distrettuale

Spettabile

A.S.L. Provincia di Lecco
Corso Carlo Alberto 120 -- Tel.: 0341 482111



Prescrizione/richiesta di apparecchio per la determinazione rapida della glicemia

Prescrizione/Richiesta

Tessera Sanitaria:	<input type="text"/>	Data di nascita:	<input type="text"/>
Cognome e nome:	<input type="text"/>	Sesso:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
	<small>Via/piazza/corso</small>	<small>CAP</small>	<small>Località</small>
Diagnosi di diabete:	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	Data della diagnosi:	<input type="text"/>
		Esente per patologia:	<input type="text"/>
In terapia con:	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Insulina + Ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Dieta		
Necessita di apparecchio per il controllo glicemico:	<input type="checkbox"/> Metodo colorimetrico <input type="checkbox"/> Metodo elettrochimico (el. sensore)		
Periodo di utilizzazione:	<input type="checkbox"/> Indefinito <input type="checkbox"/> Temporaneo, fino a: _____		

_____ Data

_____ Timbro e firma leggibile del medico proponente

Autorizzazione

ASL di Lecco: distretto di	<input type="checkbox"/> Lecco	Si autorizza la concessione in uso di glucometro	Data autorizzazione:	Timbro e firma di autorizzazione
	<input type="checkbox"/> Merate			
	<input type="checkbox"/> Bellano			

Modalità di ritiro/consegna del glucometro

- Per il distretto di Lecco, l'assistito dovrà essere indirizzato presso la sede del Servizio Farmaceutico dell'ASL, in Corso Carlo Alberto 120) dove potrà ritirare direttamente il glucometro
- Per i distretti di Merate e Bellano, i glucometri da consegnare agli assistiti verranno inviati al presidio richiedente, a seguito di inoltro del modulo di richiesta debitamente compilato ed autorizzato

Consegna

Ricevo dall'ASL di Lecco i seguenti dispositivi :

Tipologia	Modello	Matricola n°
<input type="checkbox"/> N° 1 glucometro		
Mi impegno a tenere con cura le apparecchiature assegnate in comodato e a comunicare tempestivamente le modifiche e/o le interruzioni della terapia in atto.		
Data consegna:	Firma dell'Assistito	