

Proponente:

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

Divisione di: _____

☐ Medico di Medicina Generale/PLS

Spettabile

A.S.L. Provincia di Lecco

Corso Carlo Alberto 120 -- Tel.: 0341 482111

Assistenza specialistica



PIANO TERAPEUTICO E PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DI PRESIDI A FAVORE DI PAZIENTI DIABETICI

Tessera Sanitaria:		Sesso: * ☐ M ☐ F	Data di nascita: *		
Cognome e nome:				Telefono:	
Residenza: *				Esenzione per:	
Diagnosi di diabete: * ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 Data della diagnosi:				Età e reddito: ☐ Patologia diabetica: ☐ Altro: ☐	
Terapia con:	☐ Insulina ☐ N° di iniezioni/die:		Necessita di autocontrollo per:		
	☐ Ipoglic. orali ☐ siringa ☐ Dieta ☐ aghi penna				
Condizioni particolari:	☐ Età pediatrica ☐ Utilizzo di Microinfusore ☐ Gravidanza ☐ Diabete Tipo 1 instabile		Note:		
Validità del piano:	☐ Annuale ☐ Temporaneo Valido fino a:				

* Campi obbligatori solo per la 1ª attivazione

Data

Timbro e firma del medico proponente

☐ Autorizzazione (parte riservata all'Assistenza Specialistica)

Terapia:	Insulina			Ipoglicemiz.	Dieta	
Condizioni particolari:			SI	orali	Primi	Periodo
N° di iniezioni/die (ni)	1 o 2	>2	n (ni)		3 mesi	successivo
Fabbisogni mensili *	☐ Siringa per insulina	(Max 30*ni)	(Max 30*ni)	(Max 30*ni)		
	☐ Aghi per penna insulinica	(Max 30*ni)	(Max 30*ni)	(Max 30*ni)		
	☐ Lancette pungidito	(Max 100)	(Max 125)	(Max 175)	(Max 25)	(Max 8)
	☐ Reattivi glicemia	(Max 100)	(Max 125)	(Max 175)	(Max 25)	(Max 8)
	☐ Reattivi glicosuria					
	☐ Reat.corpi chet.sangue					
	☐ Reattivi corpi chet. urine					
	☐ Reat. corpi chet./glicos.					
☐ Altro						

Codice Regionale	
P00020 _____	
☐ 512 - (29 G)	☐ 513 - (30 G)
☐ 505-28G ☐ 509-30G	☐ 506-29G ☐ 510-31G
☐ 501-L Man ☐ 502- 25 pz ☐ 507- 50 pz.	Minilancette ☐ 508- 50 pz. ☐ 503-100 pz ☐ 504-200 pz
Elett. Sensore ☐ 401-25 str. ☐ 403-50 str.	Colorimetrico ☐ 400-25 str. ☐ 402-50 str.
Strisce ☐ 102-25 str. ☐ 101-50 str. ☐ 103-400str.	Reattivo ☐ 100-36 cpr
☐ 514	
Strisce ☐ 202-25 str. ☐ 201-50 str.	Reattivo ☐ 100-100cp
☐ 300	
☐ _____	

- Quantitativi superiori ai massimali indicati devono essere accompagnati da specifica relazione clinica

Dispositivo per la lettura
rapida della glicemia

- ☐ Già in uso ☐ Metodo colorimetrico
☐ Nuova richiesta ☐ Metodo elettrochimico

Tipo: _____

N.B. Il dispositivo viene rilasciato in comodato dal Servizio Farmaceutico dell'ASL - Corso C.Alberto 120 - Lecco

Data autorizzazione: ____/____/____

Timbro e firma del medico autorizzatore