

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

Cognome e Nome	Sesso	Data di nascita	Codice Fiscale
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
PROGRAMMA TERAPEUTICO	PIANO DI MONITORAGGIO GLICEMICO - STANDARD		PIANO PERSONALIZZATO TEMPORANEO
<input type="checkbox"/> DIETETICO O CON SOLA METFORMINA	1 controllo glicemico, ogni settimana		50 strisce anno
<input type="checkbox"/> CON ANTIDIABETICI ORALI IN BUONO O ACCETTABILE COMPENSO	1 o 2 controlli glicemici alla settimana		50 / 100 strisce anno
<input type="checkbox"/> CON ANTIDIABETICI ORALI IN CATTIVO COMPENSO	2 o 3 controlli glicemici alla settimana		100 / 150 strisce anno
<input type="checkbox"/> CON INSULINA (da 1 a 2 iniezioni/die)	1 o 2 controlli glicemici al giorno		375 / 750 strisce anno
<input type="checkbox"/> CON INSULINA (più di 2 iniezioni/die)	2 o 3 controlli glicemici al giorno		750 / 1000 strisce anno

PRESIDI

Siringhe da insulina monouso:		n°/die in lettere
Aghi per penna insulinica:		n°/die in lettere
<input type="checkbox"/> 32G - uso pediatrico		
<input type="checkbox"/> 28G	<input type="checkbox"/> 29G	
<input type="checkbox"/> 30G	<input type="checkbox"/> 31G	
	n°/sett in lettere	n°/sett. in lettere
<input type="checkbox"/> LANCETTE PUNGIDITO		<input type="checkbox"/> REATTIVI CORPI CHETONI URINE
<input type="checkbox"/> REATTIVI GLICEMIA		<input type="checkbox"/> REATTIVI CORPI CHETONICI SANGUE
<input type="checkbox"/> REATTIVI GLICOSURIA		<input type="checkbox"/> REATTIVI CORPI CHETONICI / GLICOSURIA
<input type="checkbox"/> ALTRO: (specificare):		n° in lettere

DURATA DEL PIANO TERAPEUTICO

<input type="checkbox"/> PT DI MONITORAGGIO STANDARD ANNUALE
<input type="checkbox"/> DEROGA AL PT STANDARD : dal _____ al _____ Motivazione:

DATA	MMG / DIABETOLOGO	Firma del Medico Autorizzatore
------	-------------------	--------------------------------