

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

Assistito Nome e cognome		Sesso M F	data di nascita	Tessera sanitaria N°
Terapia				
<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>	ipoglicemizzanti orali	
<input type="checkbox"/>	insulina + ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/>	dieta	
sistema per la determinazione rapida della glicemia in uso/ consigliato		<input type="checkbox"/>	colorimetrico	
		<input type="checkbox"/>	elettrochimico	
Siringhe da insulina monouso:				n°/die in lettere
<input type="checkbox"/> senza spazio morto Codice: P00020512		<input type="checkbox"/> senza spazio morto con ago corto Codice: P00020513		
Aghi per penna insulinica:				n°/die in lettere
<input type="checkbox"/> 28G - Codice: P00020505		<input type="checkbox"/> 31G - Codice: P00020510		
<input type="checkbox"/> 29G - Codice: P00020506		<input type="checkbox"/> 32G - Codice: P00020515 - <u>uso pediatrico</u>		
<input type="checkbox"/> Lancette pungidito	n°/sett. in lettere	Codice		
<input type="checkbox"/> Reattivi glicemia	n°/sett.in lettere	Codice		
<input type="checkbox"/> Reattivi glicosuria	n°/sett.in lettere	Codice		
<input type="checkbox"/> Reattivi corpi chetonici urine	n°/sett.in lettere	Codice		
<input type="checkbox"/> Reattivi corpi chetonici sangue	n°/sett.in lettere	Codice		
<input type="checkbox"/> Reattivi corpi chetonici/glicosuria	n°/sett.in lettere	Codice		
<input type="checkbox"/> Altro: specificare				n° in lettere

PIANO TERAPEUTICO ANNUALE

PIANO TERAPEUTICO TEMPORANEO DAL AL, per

data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

.....

FIRMA DEL MEDICO AUTORIZZATORE

.....

N.B. questo modulo andrà compilato ex novo ad ogni variazione dei bisogni del paziente, indicando sia i presidi variati che quelli invariati.