

Richiesta fornitura di presidi sanitari per pazienti diabetici

NOME COGNOME ASSISTITO _____

COD. _____

Diagnostici (glicemia nel sangue)

- Dacutrend
- Dacu-check active

Euroflash

gluco-card

gluco-card memory

glucometer elite

glucometer esprit

glucoScan one touch

haemoglucoesi

Altro _____

Tipologia dei pazienti

Prescrizione

<input type="checkbox"/> Non trattato (solo dieta)	<input type="checkbox"/> N° 6 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° _____ strisce al mese
<input type="checkbox"/> in trattamento con antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> N° 8 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° 12 strisce al mese
<input type="checkbox"/> in trattamento con antidiabetici orali + insulina	<input type="checkbox"/> N° 24 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° _____ strisce al mese
<input type="checkbox"/> in trattamento con antidiabetici orali + insulina	<input type="checkbox"/> N° 12 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° 25 strisce al mese
<input type="checkbox"/> in trattamento solo con insulina	<input type="checkbox"/> N° 50 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° _____ strisce al mese
<input type="checkbox"/> in trattamento solo con insulina	<input type="checkbox"/> N° 25 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° 50 strisce al mese
<input type="checkbox"/> in trattamento solo con insulina	<input type="checkbox"/> N° 100 strisce al mese	<input type="checkbox"/> N° _____ strisce al mese

Lancette pungidito N° _____ tipo _____

Diagnostico: (Ricerca nelle urine)

strisce per glicosuria N° al mese _____

strisce per glicosuria/chetonuria N° al mese _____

Siringhe-ago

N° siringhe al mese _____

N° aghi per iniettori a penna al mese _____

La presente prescrizione ha validità di _____ mesi

data _____

Timbro e firma del medico _____

ASL 2 Lucca
ASSISTENZA INTEGRATIVA

Il sottoscritto _____ dichiara sotto

la propria responsabilità:

- di essere nato il _____ a _____
- di essere residente a _____
via/piazza _____ tel _____
- di essere iscritto nella lista del medico di medicina generale Dott. _____

data _____

Firma dell'assistito

U.O. FARMACEUTICA- ASSISTENZA INTEGRATIVA

Autorizzazione valida dal _____ al _____

MODULO B