



Programma di Cura per la Fornitura di Dispositivi
a favore di pazienti affetti da Diabete Residenti nella Regione Veneto
(Allegato B Dgr n. 1067 del 28 giugno 2013)

Proponente			
Medico Prescrittore			tel.
			mail:

Generalità Assistito

Cognome Nome											Data nascita...../...../.....			
Cod. Fiscale												Sesso	M	F
Prov. e ULSS di residenza														

Il paziente ha seguito un percorso strutturato di educazione sull'uso del glucometro e sull'automonitoraggio della glicemia a domicilio che di norma sia almeno di 2 ore, a cura di

Strumento e dispositivi sui quali il paziente è stato addestrato e che non devono essere sostituiti dal farmacista (marca e modello)

Paziente affetto da DIABETE MELLITO NON INSULINO TRATTATO (barrare tipologia di diabete)		
<input type="checkbox"/>	paziente in trattamento con sola dieta (di norma non necessarie ma comunque prescrivibili)	max 100 strisce/anno
<input type="checkbox"/>	diabetici in trattamento con uno o più antidiabetici orali che non inducono generalmente ipoglicemia (metformina acarbiosio pioglitazone inibitori DDP4 agonisti recettori GLP1 e fra tempo inibitori SGLT2	max 100 strisce/anno
<input type="checkbox"/>	diabetici in trattamento con antidiabetici orali che possono indurre ipoglicemia (sulfoniluree e glinidi in monoterapia o in associazione con altri antidiabetici orali)	max 200 strisce/anno
Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz
<input type="checkbox"/>	Strisce per glicemia capillare	max in base alla tipologia barrata /anno
<input type="checkbox"/>	Lancette pungidito	max 200/anno ³ /anno
<input type="checkbox"/>	Aghi per iniettori per somm.ne incretine (Medicinale.....)	max 400/anno /anno

3. La prescrizione di lancette pungidito deve essere appropriata al numero di misurazioni giornaliere. Quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati inviando una relazione al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura

FIRMA
del Medico autorizzatore

.....

Data di scadenza
del Programma di cura
../../. o al variare terapia
Data di compilazione
../../.

In data .../.../... per un periodo che va da .../.../... a .../.../... , il sottoscritto Dott..... ritiene necessario per la seguente motivazione modificare il presente Programma di cura nei seguenti termini
