

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Cognome e Nome Assistito.....

Nato a.....il.....

Matricola Regionale/Codice fiscale.....A.S.L.....

Residente in.....Comune.....

DIAGNOSI:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> diabete insulinottrattato | <input type="checkbox"/> Terapia insulinica n° somministrazioni.....al giorno |
| <input type="checkbox"/> diabete non -insulinottrattato | <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti secretagoghi |
| <input type="checkbox"/> diabete in gravidanza | <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti insulinosensibilizzanti |

MODALITA' DI CONTROLLO:

1. n°.....controlli glicemici al giorno alla settimana
2. n°.....controlli glicosurici al giorno alla settimana
3. n°.....controlli chetonurici alla settimana

TIPOLOGIA DEL MATERIALE RICHIESTO:*

- siringhe.....
- aghi per penna per insulina (specificare dimensioni).....
- strisce reattive per valutazione della glicemia
- strisce reattive per la valutazione della glicosuria.....
- strisce reattive per la valutazione della chetonuria.....
- lancette pungidito.....

*specificare denominazione del Presidio

DURATA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO: **annuale** (validità massima del Programma Terapeutico un anno)

Si dichiara che: **il Paziente è stato informato sulle modalità di effettuazione e del significato dell'autocontrollo.**

Timbro e firma del Medico di
Medicina Generale

oppure

Timbro e firma dello Specialista
Diabetologo di Struttura Pubblica

Data.....