

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

Assistito	Codice Fiscale/Tessera SSR	Data di nascita
Telefono	In possesso di esenzione ticket per patologia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Anno di diagnosi diabete

**Prescrizione**

Strumento in uso per il controllo glicemico:

**Diabete Tipo 1 o 2**  
in terapia con Insulina n. \_\_\_\_ Iniezioni/die

Prescrizione:

Siringhe insulina monouso n° \_\_\_\_ mese

Aghi per penna tipo: \_\_\_\_ n° \_\_\_\_ mese

Lancette pungidito n° \_\_\_\_ mese

Strisce reattive n° \_\_\_\_ mese se insulina 1/2 iniezioni/die (max 75 strisce/mese)

Strisce reattive n° \_\_\_\_ mese se insulina più di 2/die (max 150 strisce/mese)

Strisce reattive n° \_\_\_\_ mese per categorie particolari (gravidanza, sport agonistico, microinfusori, max 175 strisce/mese)

**Diabete Tipo 2**  
in terapia con ipoglicemizzanti orali che non inducono generalmente ipoglicemia

metformina

pioglitazone

incretine e simili

acarbosio

Prescrizione:

25 strisce ogni 3 mesi

25 lancette pungidito ogni 3 mesi

Aghi per penna n° \_\_\_\_ mese

**Diabete Tipo 2**  
in trattamento con sulfaniluree o altri farmaci orali che inducono ipoglicemia

Prescrizione:

25 strisce al mese

25 lancette pungidito al mese

**Diabete gestazionale**

n° \_\_\_\_ strisce al mese

n° \_\_\_\_ lancette pungidito al mese

\_\_\_\_\_

**Eventuali prescrizioni non previste nello schema sopra riportato**

lancette pungidito	n°/mese
reattivi glicemia (strisce)	n°/mese
reattivi glicosuria	n°/mese
reattivi corpi chetonici urine	n°/mese
reattivi corpi chetonici sangue	n°/mese
reattivi corpi chetonici/glicosuria	n°/mese

**Motivazione**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

DURATA PIANO TERAPEUTICO: 1 anno  3 anni  (solo per diabete tipo1 stabilizzato in pz di età > 12 aa)

PIANO TERAPEUTICO TEMPORANEO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

PER \_\_\_\_\_