



REGIONE TOSCANA
AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE

PIANO TERAPEUTICO PER LA FORNITURA DI PRESIDI SANITARI PER LA MALATTIA
DIABETICA.

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____ Telefono _____

Indirizzo _____

Comune _____

Prima prescrizione

Rinnovo

PRESIDIO	TIPO	FABBISOGNO MENSILE
Strisce reattive per glicemia		
Strisce reattive per glicosuria/ chetonuria		
Siringhe monouso da insulina		
Aghi monouso per penna		
Lancette pungidito		

La presente prescrizione ha validità fino al _____ (max. 12 mesi)

N.B. Senza la data di validità non potranno essere forniti i prodotti prescritti.

Il paziente ha ricevuto adeguata informazione/educazione all'autocontrollo presso
(contrassegnare sede informazione):

Struttura di Diabetologia

Ambulatorio MMG

Data / /

Timbro e Firma del Medico Prescrittore
