

## Allegato A

**REGIONE TOSCANA**  
**Azienda USL -----**  
**“Indicazione Struttura Prescrivente”**

Richiesta di fornitura di presidi sanitari per pazienti diabetici  
(ai sensi Delibera Regione Toscana n. 400 del 13.04.2001)

Sig.: \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Classe di appartenenza

	<b>Terapia</b>	<b>Controlli / die (secondo Linee Guida Regionali)</b>
<b>1</b>	Insulinica Intensiva	<ul style="list-style-type: none"><li>• Di regola controlli uguali al numero di iniezioni di insulina + 1/ die</li><li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodo limitati alla risoluzione del fatto</li></ul>
<b>2</b>	Insulinica convenzionale o mista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numero controlli pari alle iniezioni giornaliere</li><li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto</li></ul>
<b>3</b>	Ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione insulinica ( <i>sulfaniluree, glinidi</i> )	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fino a 2 controlli / die in presenza di rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (<i>coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante</i>)</li><li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodo limitati alla risoluzione del fatto</li></ul>
<b>4</b>	Dieta e/o farmaci insulinosensibilizzanti ( <i>metformina, glitazonici</i> )	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'efficacia dell'autocontrollo in questa classe di pazienti è dimostrata all'interno di un programma educativo, all'inizio del trattamento, <b>o per periodi di verifiche alimentari ben definite</b></li></ul>

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 a \_\_\_\_\_.

Il paziente ha ricevuto adeguata informazione/educazione all'autocontrollo presso:

\_\_\_ Struttura di Diabetologia, \_\_\_ Ambulatorio MMG, contrassegnare sede informazione.

“Luogo e data”

Il Medico Prescrittore

**Nota : Periodicamente devono essere redatte dal Medico prescrittore apposite relazioni di verifica, del corretto utilizzo, e dei risultati ottenuti dai singoli pazienti, a maggior ragione la relazione deve essere effettuata in caso di prescrizioni per quantitativi maggiori di quelli consigliati anche temporanei.**