



ALLEGATO B alla Dgr n. 1067 del 28 giugno 2013

Proponente:

PROGRAMMA DI CURA PER LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE RESIDENTI NELLA REGIONE VENETO

Generalità dell'Assistito

Cognome e Nome: Data nascita:/...../.....

Codice 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):

Table with 3 columns: Patient type (Diabete Mellito Insulino Trattato), Device (Dispositivo), and Quantity/Number of administrations (N° somministrazioni o N° determinaz.).

1Esclusivamente per i pazienti diabetici in terapia insulinica basal-bolus. In questi casi il prescrittore deve inviare una relazione adeguatamente motivata e documentata al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

2La prescrizione di lancette pungidito deve essere appropriata al numero di misurazioni giornaliere fino ad un massimo di 2 al giorno. Quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati inviando una relazione al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

Paziente affetto da DIABETE MELLITO NON INSULINO TRATTATO (barrare la tipologia di diabete)		
<input type="checkbox"/>	paziente in trattamento 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 DPP-4, agonisti recettore GLP-1 e, fra breve tempo, inibitori SGLT-2)	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 anti-diabetici orali)	max 200 strisce/anno
Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la 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

Paziente affetta da DIABETE GESTAZIONALE NON INSULINO TRATTATO		
<input type="checkbox"/>	paziente con diabete gestazionale non-insulino-trattato	max 400 strisce durante la gravidanza
Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la glicemia capillare/durante gravidanza
<input type="checkbox"/>	Lancette pungidito	max 200 durante la gravidanza/durante gravidanza
<input type="checkbox"/>	Dispositivi rapidi per chetonuria	max 150 durante la gravidanza/durante gravidanza

Paziente in condizioni particolari (barrare la tipologia di diabete)		
<input type="checkbox"/>	diabetici di tipo 2 di nuova diagnosi	supplemento max 100 strisce/mese per il primo semestre
<input type="checkbox"/>	diabetici in condizioni di squilibrio glicemico o con malattie intercorrenti	supplemento max 100 strisce/mese previa motivazione ad hoc ⁴
Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la glicemia capillare	max in base alla tipologia barrata/mese

*Motivazione:

Timbro
del medico autorizzatore

Firma
del medico autorizzatore
.....

Data di scadenza
del Programma di cura
...../...../.....
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

³La 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.