



SEZIONE I

Richiesta di valutazione iniziale per la fornitura dei sistemi CGM di tipo *real-time* non in associazione al microinfusore da trasmettere al Centro autorizzato alla prescrizione.

PAZIENTE ADULTO CON DIABETE DI TIPO 1 (età ≥ 18 anni)

PAZIENTE PEDIATRICO CON DIABETE DI TIPO 1 (età < 18 anni)

A cura della Struttura Diabetologica di riferimento Territoriale dell’Azienda Sanitaria _____

Via _____ Località _____ CAP _____

Prov. _____

Diabetologo della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale _____

Cell/Tel/Fax _____ e-mail _____

Con la presente si richiede la valutazione per la fornitura dei sistemi CGM di tipo *real-time* non in associazione al microinfusore per il proprio assistito:

Sig./ra (Nome e Cognome) _____ Data di nascita _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Via, Località di residenza _____ Distretto _____

Recapito telefonico _____

Affetto/a da _____ insorto nel _____

Motivazioni cliniche _____

Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale

Luogo e Data

(Timbro e firma leggibile)



SEZIONE 2

*Esito di valutazione iniziale da trasmettere al Responsabile della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'AULSS di: _____ Dott. _____
Fax _____*

Con la presente il Centro autorizzato alla prescrizione dei sistemi CGM di tipo *real-time* non in associazione al microinfusore, situato presso _____

dichiara di aver effettuato:

- In data _____ la valutazione richiesta con esito negativo e di riaffidare il paziente alla Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale inviante per la continuazione della presa in carico.
- In data _____ la valutazione richiesta con esito positivo e di proseguire il percorso terapeutico finalizzato all'erogazione dei sistemi CGM di tipo *real-time* non in associazione al microinfusore.

Medico del Centro autorizzato
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e Data
