

MODULO MMG/PLS (\*in alternativa alla compilazione della ricetta SSR con identiche informazioni)



**AZIENDA SANITARIA .....**

**Prescrizione Fornitura Di Dispositivi Medici Per L'autocontrollo Glicemico**  
(Ai sensi della Delibera Regione Toscana n. 829 del 30/08/2016)

Sig./Sig.ra: ..... Codice Fiscale: 

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

Codice di esenzione ..... Residenza .....

Domicilio..... Azienda USL.....

	Terapia		N° Strisce
<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Terapia non Farmacologica o con farmaci a basso rischio di ipoglicemia. (Metformina, Acarbose, Pioglitazone, DPP-4 Inibitori, SGLT-2 Inibitori, Analoghi del GLP-1)	L'efficacia dell'autocontrollo in questa classe è dimostrata all'interno di un programma educativo, nelle fasi iniziali del trattamento o per periodi di verifiche alimentari ben definite e nei periodi di compenso precario.	Fino a 100/anno
<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Trattamento con ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione di insulina (Sulfaniluree e Glinidi)	1. <input type="checkbox"/> Pazienti in condizioni di controllo glicemico stabile	50/mese
		2. <input type="checkbox"/> Pazienti alla diagnosi e periodicamente, soprattutto quando viene modificata la terapia, in condizioni cliniche particolari (per un periodo limitato di 3-6 mesi)	100/mese
<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Trattamento insulinico o in trattamento combinato con farmaci non insulinici orali o iniettivi	3. <input type="checkbox"/> Pazienti in trattamento combinato con sola insulina basale (1 iniezione die)	50/mese
		4. <input type="checkbox"/> Pazienti in terapia insulinica basale o combinata che presentano un rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia e soggetti che svolgono professioni che esponano a un rischio di conseguenze gravi in caso di ipoglicemia	100/mese
		5. <input type="checkbox"/> Pazienti che iniziano la terapia insulinica per il primo trimestre.	100/mese
		6. <input type="checkbox"/> In terapia con insulina 2 volte al giorno,	75/mese
		7. <input type="checkbox"/> In terapia con insulina 3 volte al giorno,	100/mese
		8. <input type="checkbox"/> In terapia con insulina 4 volte al giorno	150/mese
<b>S</b> <input type="checkbox"/>	In condizioni di squilibrio glicemico, ipoglicemia grave o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla soluzione dell'evento. (Fino a 3 mesi, rinnovabile per ulteriori 3 mesi max.) <u>SPECIFICARE il motivo e la quantità</u> ..... .....		Secondo prescrizione

Prescrizione Sistema/Glucometro <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> nuova / <input type="checkbox"/> sostituzione Strumento ..... (Specificare lo strumento scelto)
---

Presidio	Tipo	Fabbisogno per un mese	Fabbisogno per tre mesi	Per mesi (MAX 12)
( ) Strisce reattive per glicemia	Conforme al sistema/glucometro			
( ) Siringhe monouso da insulina				
( ) Aghi monouso per penna				
( ) Lancette pungidito				

Il paziente ha ricevuto adeguata informazione educazione all'autocontrollo presso:  Diabetologia  MMG  Diabetico guida

Luogo e data

Il medico prescrittore

Timbro e Firma

.....

.....