



Richiesta di fornitura dei sistemi CGM di tipo real-time non in associazione al microinfusore
PAZIENTE PEDIATRICO CON DIABETE DI TIPO 1 (età < 18 anni)

Da trasmettere a: Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale

Dott. _____ Fax _____

a cura del Responsabile del Centro autorizzato alla prescrizione dei sistemi CGM

A) Dati anagrafici del paziente

Per il/la Sig./ra (Nome e Cognome) _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita (gg/mm/aa) _____

Via, Località di residenza _____ tel./cell _____

Azienda Sanitaria di appartenenza _____ Distretto _____

B) Indicazioni cliniche per le quali il paziente è stato considerato idoneo all'utilizzo dei sistemi CGM di tipo real-time non in associazione al microinfusore

- Ipoglicemie frequenti o gravi o inavvertite
- HbA1c stabilmente elevata (>8.5% - 69 mmol/mol) nonostante la terapia intensificata ben condotta, idoneo monitoraggio glicemico da sangue capillare e adeguata motivazione
- Numero eccessivo di determinazioni (>10/die)
- Ottimizzazione della terapia insulinica indipendentemente dal valore di HbA1c
- Intervento chirurgico

C) Indicare la tipologia di sistemi CGM:

<u>Materiale</u>	<u>Modello</u>	<u>Ditta</u>	<u>Prezzo</u>	<u>Q.ta</u>	<u>Mesi di terapia (MAX 6 MESI)</u>
Trasmettitore					
Sensore					
Ricevitore					

Si tratta di: PRIMA PRESCRIZIONE RINNOVO

In caso di RINNOVO, specificare il motivo:

- Miglioramento del compenso metabolico
- Riduzione degli episodi ipoglicemici
- Altro _____

Data _____ Medico del Centro autorizzato
 (firma leggibile e timbro) _____



SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA

AULSS

_____ Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e data
