



**MODULO SERVIZI SPECIALISTICI DI DIABETOLOGIA**  
**Servizio Sanitario Regione TOSCANA**

**AZIENDA .....**

**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		Fino a N° Strisce
1 <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.	100/anno
2 <input type="checkbox"/>	Trattamento con ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione di insulina [Sulfaniluree e Glinidi (glibenclamide, glibenclamide + metformina, glipizide, gliquidone, gliclazide, glimepiride, glimepiride + pioglitazone, repaglinide)]	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
3 <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
4 <input type="checkbox"/>	Microinfusore		200/mese
5 <input type="checkbox"/>	Diabete Gestazionale	9. <input type="checkbox"/> Terapia dietetica	75/mese
		10. <input type="checkbox"/> Terapia insulinica	150/mese
6 <input type="checkbox"/>	Condizioni particolari	11. <input type="checkbox"/> Età < 8 anni	300/mese
		12. <input type="checkbox"/> Età 8 -18 anni	250/mese
		13. <input type="checkbox"/> Monitoraggio Glicemico Continuo	100/mese
		14. <input type="checkbox"/> Monitoraggio Flash > 18 aa	25/mese
		15. <input type="checkbox"/> Monitoraggio Flash < 18 aa	50/mese
		16. <input type="checkbox"/> Gravidanza in diabete	300/mese
		17. <input type="checkbox"/> Avvio terapia insulinica basal bolus	200/mese
S <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.) SPECIFICARE il motivo e quantità ..... .....		Quante necessarie

Prescrizione Sistema/Glucometro  No /  Si  nuovo paziente /  sostituzione  
 Strumento ..... Specificare o biffare lo strumento scelto e controfirmare)  
 Vedi allegato



MODULO SERVIZI SPECIALISTICI DI DIABETOLOGIA  
Servizio Sanitario Regione TOSCANA

AZIENDA .....

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

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

Sistemi a tecnologia avanzata:

Caratteristica aggiuntiva	Motivazione
- Sistemi multistriscia/pungidito integrati	- Oltre 100 strisce/mese
- Sistemi con trasmissione dati wireless	- Oltre 100 strisce/mese
- Sistemi con diario elettronico	- Terapia insulinica multi-iniettiva - Microinfusore
- Sistemi con calcolatore di boli	- Terapia insulinica multi-iniettiva - Microinfusore
- Sistemi con misurazione chetonemia*	- Età <8 anni - Microinfusore - Gravidanza
- Sistemi con feedback vocale	- Ipovedente

\* Integrato con glucometro o fornito separatamente

Condizioni particolari che giustificano la disponibilità di più di uno strumento:

- ( ) Diabete tipo1 (2 strumenti)
- ( ) Diabete tipo 2 in terapia insulinica multi-iniettiva MDI (2 strumenti)
- ( ) Diabete tipo 1 età < 18 aa (3 strumenti)

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

Luogo e data

Il medico prescrittore  
Timbro e Firma

.....

.....