

**Prescrizione Sistemi di Monitoraggio della Glicemia****Paziente**

Nome/Cognome.....

Data di Nascita.....Luogo di nascita.....

Residenza.....

Codice fiscale.....telefono.....

affetto da Diabete Mellito tipo ..... dal.....

Seguito dal centro Diabetologico.....

**Si richiede la fornitura annuale di:**

	<b>Indicazione</b>
<b>1 Tipologia A Scansione</b> <input type="checkbox"/> <b>Libre 1</b> Abbott Diabetes Care <input type="checkbox"/> <b>Libre 2</b> Abbott Diabetes Care	<input type="checkbox"/> Diabete tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabete pregravidico e programmazione gravidanza <input type="checkbox"/> Diabete gestazionale  Diabete tipo 2 con almeno una delle seguenti condizioni: <input type="checkbox"/> ipoglicemie ripetute (almeno 2 episodi sintomatici o asintomatici alla settimana) <input type="checkbox"/> categorie particolari (sportivi, musicisti, lavoro in condizioni di pericolo o che alterano la regolarità di pasti/attività fisica) <input type="checkbox"/> difficoltà/impedimenti alla digitopuntura <input type="checkbox"/> paziente ipovedente
<b>2 Tipologia In Continuo</b> <input type="checkbox"/> <b>S7</b> Biochemical Systems International <input type="checkbox"/> <b>Eversense XL</b> Roche Diabetes Care <input type="checkbox"/> <b>Dexcom G4</b> Theras Lifetech <input type="checkbox"/> <b>Guardian Connect</b> Medtronic	Diabete tipo 1 con almeno una delle seguenti condizioni: <input type="checkbox"/> ipoglicemie inavvertite <input type="checkbox"/> ridotta capacità a segnalare l'ipoglicemia <input type="checkbox"/> almeno 2 episodi di ipoglicemia grave negli ultimi 6 mesi <input type="checkbox"/> almeno 2 ipoglicemie notturne negli ultimi 30 giorni <input type="checkbox"/> categorie particolari (sportivi, musicisti, lavoro in condizioni di pericolo o che alterano la regolarità di pasti/attività fisica) <input type="checkbox"/> persistente scompenso da almeno 6 mesi (HbA1c 10 mmol/mol oltre il target) nonostante uso della tipologia <b>1</b> <input type="checkbox"/> programmazione di gravidanza <input type="checkbox"/> età <18 aa con profilo di rischio per ipoglicemie/instabilità glicemica o difficoltà di gestione sistemi senza allarmi <input type="checkbox"/> episodi di chetoacidosi successivi alla diagnosi  Diabete tipo 2 <input type="checkbox"/> ripetute ipoglicemie inavvertite

Le indicazioni all'uso dei suddetti sistemi saranno riviste ogni 12 mesi

**Firma e Timbro del Diabetologo**

.....