

ASL della Provincia di Milano n. 1 Dipartimento di Cure Primarie U.O.C. Assistenza Specialistica	Piano Terapeutico e Proposta di Prescrizione di Presidi per pazienti diabetici	Mod. A.S. 04.01 Revisione 0 Data 21.10.05 Pagina 1 di 1
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Cognome e Nome		tessera sanitaria	telefono
luogo e data nascita		sexso	MMG o PLS
residente a	domiciliato a		Via
diagnosi	esenzione	<input type="checkbox"/> fornitura annuale <input type="checkbox"/> fornitura temporanea	
terapia:	<input type="checkbox"/> insulina	<input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/> dieta

<input type="checkbox"/> siringhe insulina	n°/die	cod. P00020512	
<input type="checkbox"/> siringhe insulina ago corto 8 mm.	n°/die	cod. P00020513	
<input type="checkbox"/> aghi per penna insulinica <input type="checkbox"/> 28G <input type="checkbox"/> 29G <input type="checkbox"/> 30G <input type="checkbox"/> 31G	n°/die	cod. P00020.....	
<input type="checkbox"/> reattivi glicemia	n°/die	n°/sett	cod. P00020.....
<input type="checkbox"/> lancette pungidito	n°/die	n°/sett	cod. P00020.....
<input type="checkbox"/> reattivi glicosuria	n°/die	n°/sett	cod. P00020.....
<input type="checkbox"/> reattivi corpi chetonici	n°/die	n°/sett	cod. P00020.....
<input type="checkbox"/> reattivi corpi chetonici/glicosuria	n°/die	n°/sett	cod. P00020.....

**IMPORTANTE**

In caso di variazione di un programma terapeutico, anche in un solo prodotto, il programma deve essere trascritto **interamente**, anche nelle parti non modificate.

data, .....

timbro e firma del medico

.....