REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato B6 al Decreto n. 40 del 28 aprile 2016

Richiesta di fornitura di cannule sottocutanee per la somministrazione di insulina in paziente pediatrico

Da trasmettere a: Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale Dott. _____ Fax _____

a cura del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento

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'uso della cannula sottocutanea

☐ bambino con età < 6 anni che effettua più di 4 somministrazioni di insulina/die

☐ bambino/adolescente con età < 18 anni agofobico che è inserito in un percorso strutturato che porta all'uso del microinfusore

C) Indicare il modello della cannula sottocutanea e i mesi di terapia (prescrizione massima di sei mesi)

Modello	Mesi di terapia
☐ Insuflon	
☐ I-port Advance	
☐ Altro (specificare.....)	

Si tratta di ☐ prima prescrizione ☐ prosecuzione

Data _____ Medico proponente del CRR (firma leggibile e timbro) _____

SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA

AULSS _____

Luogo e data _____

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

_____