



Allegato B al Decreto n. 21 del 14 marzo 2016

Proponente:

PROGRAMMA DI CURA PER LA FORNITURA DI DISPOSITIVI A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE RESIDENTI NELLA REGIONE VENETO

Generalità dell'Assistito

Cognome e Nome: ..... Data nascita: ...../...../.....

Codice Fiscale: [grid] Sesso: M [ ] F [ ]

Prov. e ULSS di residenza: [grid]

Il paziente ha seguito un percorso strutturato di educazione sull'uso del glucometro e sull'automonitoraggio della glicemia a domicilio, che di norma sia almeno di 2 ore, a cura di.....

Strumento e dispositivi sui quali il paziente è stato addestrato e che non devono essere sostituiti dal farmacista (marca e modello):

Se viene ravvisata la necessità da parte del clinico di sostituire il glucometro, è fortemente raccomandato che la sostituzione avvenga dopo che il paziente ha esaurito le strisce in suo possesso, qualora queste non siano fruibili nel nuovo strumento.

È fortemente raccomandato inoltre che in occasione delle visite ambulatoriali il paziente porti con sé il glucometro e/o il diario della glicemia correttamente compilato affinché il diabetologo possa rivalutare il quantitativo di dispositivi necessario.

Paziente affetto da DIABETE MELLITO INSULINO TRATTATO (barrare la tipologia di diabete)

- Diabetici in trattamento con insulina 1 iniezione/die (basale o altro tipo) max 400 strisce/anno
Diabetici in trattamento con insulina 2 iniezioni/die (basal-plus, premiscelata, ecc) max 800 strisce/anno
Diabetici in trattamento con insulina 3 iniezioni/die max 1200 strisce/anno
Diabetici in trattamento con insulina basal-bolus (4 o più iniezioni/die) max 1800 strisce/anno
Diabetici in terapia con microinfusore max 3000 strisce/anno
Diabetici tipo 1 in età evolutiva (<18 anni) max 3000 strisce/anno
Pazienti con diabete gestazionale insulino-trattato max 1800 strisce in sei mesi

Table with 2 columns: Dispositivo (barrare i prodotti necessari) and N° somministrazioni o N° determinaz. Rows include Strisce per la glicemia capillare, Lancette pungidito, Siringhe per somm.ne ipodermica, Aghi per iniettori a penna, Dispositivi rapidi per glicosuria, Dispositivi rapidi per chetonuria, Dispositivi associati glicosuria/chetonuria, Dispositivi per la chetonemia, Iniettori di insulina a penna.

1Quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati inviando una relazione al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

2Esclusivamente per i pazienti diabetici in terapia insulinica basal-bolus: il prescrittore può prescrivere fino a 2200 aghi/anno e deve inviare una relazione adeguatamente motivata e documentata al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

**Paziente affetto da DIABETE MELLITO NON INSULINO TRATTATO (barrare la tipologia di diabete)**

<input type="checkbox"/>	Pazienti in trattamento sola dieta (di norma non necessarie ma comunque prescrivibili)	max 25 strisce/anno
<input type="checkbox"/>	Diabetici in trattamento con uno o più antidiabetici orali che non inducono generalmente ipoglicemia (metformina, acarbosio, pioglitazone, inibitori DPP-4, agonisti recettore GLP-1, inibitori SGLT-2)	max 50 strisce/anno
<input type="checkbox"/>	Diabetici in trattamento con antidiabetici orali che possono indurre ipoglicemia (sulfoniluree e glinidi in monoterapia o in associazione con altri anti-diabetici orali)	max 200 strisce/anno

Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la glicemia capillare	max in base alla tipologia barrata ...../anno
<input type="checkbox"/>	Lancette pungidito	uguali al n. di strisce <sup>3</sup> ...../anno
<input type="checkbox"/>	Aghi per iniettori per somm.ne incretine (Medicinale .....)	max 400/anno ...../anno

<sup>3</sup>Quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati inviando una relazione al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

**Paziente affetta da DIABETE GESTAZIONALE NON INSULINO TRATTATO**

<input type="checkbox"/>	Pazienti con diabete gestazionale non-insulino-trattato	max 400 strisce in sei mesi
--------------------------	---	-----------------------------

Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la glicemia capillare	...../in sei mesi
<input type="checkbox"/>	Lancette pungidito	max 200 in sei mesi ...../ in sei mesi
<input type="checkbox"/>	Dispositivi rapidi per chetonuria	max 150 in sei mesi ...../ in sei mesi

**Paziente in condizioni particolari (barrare la tipologia di diabete)**

<input type="checkbox"/>	Diabetici di tipo 2 di nuova diagnosi	supplemento max 100 strisce/mese per il primo semestre
<input type="checkbox"/>	Diabetici in condizioni di squilibrio glicemico o con malattie intercorrenti	supplemento max 100 strisce/mese previa motivazione ad hoc <sup>4</sup>

Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la glicemia capillare	max in base alla tipologia barrata ...../mese

<sup>4</sup>Motivazione:  
.....

**Paziente con malattia diabetica temporanea**

<input type="checkbox"/>	Pazienti affetti da diabete temporaneo insorto a seguito della presenza di altre patologie (specificare:.....)
--------------------------	--

Dispositivo (barrare i prodotti necessari)		N° somministrazioni o N° determinaz.
<input type="checkbox"/>	Strisce per la glicemia capillare	max 1500 in sei mesi ...../in sei mesi
<input type="checkbox"/>	Lancette pungidito	max 350 in sei mesi <sup>5</sup> ...../ in sei mesi

<sup>5</sup>Quantitativi superiori devono essere adeguatamente motivati inviando una relazione al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

Timbro  
del medico autorizzatore

Firma  
del medico autorizzatore  
.....

Data di compilazione  
...../...../.....  
Data di scadenza del Programma di cura  
...../...../.....

In data ...../...../..... per un periodo che va da ...../...../..... a ...../...../....., il sottoscritto Dott. ....  
ritiene necessario per la seguente motivazione .....  
.....  
modificare il presente Programma di cura nei seguenti termini .....  
.....