

PIANO TERAPEUTICO TRESIBA (INSULINA DEGLUDEC)

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche (incluse le diabetologie pediatriche) ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN, individuate dalle Regioni, ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa del medico prescrittore _____	
Cognome e Nome del medico prescrittore _____	
Recapito telefonico _____	Indirizzo e-mail _____
Cognome e Nome dell'assistito _____ Data nascita _____	
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice Fiscale _____	
Regione _____	Città _____ Indirizzo _____
AUSL di residenza _____	
Cognome e Nome del medico curante _____	

Indicazioni terapeutiche a carico del SSN

Pazienti adulti e pediatriche affetti da:

- Diabete mellito tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida
- Diabete mellito tipo 2, in associazione a insulina rapida e/o ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina

Farmaco, dose e durata del trattamento

Nome commerciale e dosaggio _____	
Durata prevista del trattamento (non oltre 12 mesi) _____	
INIZIO TRATTAMENTO <input type="checkbox"/> €	PROSECUZIONE DELLA CURA <input type="checkbox"/>

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

