

PIANO TERAPEUTICO TRESIBA (insulina degludec)

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (specialisti in Endocrinologia, Medicina Interna, Geriatria) 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

1. Pazienti adulti con Diabete tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida
2. Pazienti adulti con Diabete tipo 2,
 - in associazione ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina
 - in associazione a insulina ad azione rapida

Farmaco, dose e durata del trattamento

Nome commerciale e dosaggio _____

Revisione prevista del piano terapeutico non oltre 12 mesi.

INIZIO TRATTAMENTO

PROSECUZIONE DELLA CURA

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

