Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 5
Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia
P.I. C.F. - N°02949771212

SCHEDA DI PRESCRIZIONE PRESIDI PER DIABETICI

DATI ANAGRAFICI

DISTRETTO SANITARIO DI _____

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/ [] M [] F

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

DOMICILIO _____
(se diverso dalla residenza)

NUMERO TELEFONICO _____ NOTE _____

PRESCRIZIONE

DESCRIZIONE PRESIDIO	*NOME COMMERCIALE / TIPO*	*FABBISOGNO MENSILE*
STRISCE REATTIVE PER GLICEMIA		
LANCETTE PUNGIDITO		
SIRINGHE PER INSULINA	[] 0,5 ml [] 1 ml	
AGHI PER PENNA SIRINGA		
STRISCE REATTIVE PER GLICOSURIA		
STRISCE REATTIVE PER CHETONURIA		
PENNA PUNGIDITO		[]
PENNA SIRINGA per la somministrazione di insulina		[]
REFLETTOMETRO		[]

PIANO TERAPEUTICO RILASCIATO DA _____ IN DATA _____

DATA RILASCIO ULTIMA RICETTA SSN _____ PER UN FABBISOGNO DI MESI [] 1 [] 2 [] 3

DATA /____/____/_____/ TIMBRO E FIRMA MEDICO