

**REGIONE CAMPANIA - ASL NA 5 - DISTRETTO N. ....**

Cognome e Nome  
Data di nascita:

Sesso:  
Indirizzo:

CF:  
Tel.:

**VALUTAZIONI ANAMNESTICHE**

PATOLOGIA :

ETA' INSORGENZA DEL DIABETE: .....anni PESO: .....Kg  
ALTEZZA .....cm; BMI: .....; ET: cod. 013 del / /

LA PATOLOGIA VIENE SEGUITA DA:

MMG <> DIABETOLOGIA Distretto..... ALTRO CENTRO ACCREDITATO .....

**VALUTAZIONI FUNZIONALI**

- ULTIMA DETERMINAZIONE DELLA PA. / mmHg  
- VALORI ULTIMA GLICEMIA: ..... mg/dl del / /  
- VALORI ULTIMA HB GLICATA: ..... mg/dl del / /  
- ULTIMO ESAME FONDO OCULARE: del / /

**VALUTAZIONI TERAPEUTICHE**

- TERAPIA DEL DIABETE:

IPOGLICEMIZZANTI ORALI: <> INSULINA: <> MISTA: <>

VARIAZIONE DELLA TERAPIA RISPETTO ALLA PRECEDENTE SCHEDA ANAMNESTICA:

SI: <> NO: <>  
- AUTOCONTROLLO DOMICILIARE DELLA GLICEMIA: SI: <> NO: <>

TIPO DI REFLETTOMETRO: .....

TIPO DI PUNGIDITO: .....

**FABBISOGNO DI PRESIDI DIABETICI**

Mensile ove non diversamente specificato ed in riferimento al PT specialistico del: / /

N° ..... siringhe monouso per insulina 100 Ui/ml da ..... cc, ago ..... mm  
N° ..... lancette pungidito tipo .....  
N° ..... strisce reattive per dosaggio glicemia capillare tipo.....  
N° ..... strisce reattive per dosaggio glicosuria tipo .....  
N° ..... strisce reattive per dosaggio chetonuria tipo .....  
N° ..... strisce reattive per dosaggio della glico-chetonuria tipo .....  
N° ..... aghi per penna siringa .....mm, .....G  
N°..... apparecchio pungidito/annuale

VARIAZIONE DELLA ATTRIBUZIONE DEI PRESIDI RISPETTO ALLA PRECEDENTE SCHEDA ANAMNESTICA:

SI: <> NO: <>

Data:

Il Medico Curante  
(timbro e firma )