



Richiesta di fornitura dei sistemi CGM di tipo real-time non in associazione al microinfusore  
 PAZIENTE ADULTO CON DIABETE DI TIPO 1 (età ≥ 18 anni)

Da trasmettere a: Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale

Dott. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**a cura del Responsabile del Centro autorizzato alla prescrizione dei sistemi CGM**

A) Dati anagrafici del paziente

Per il/la Sig./ra (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Via, Località di residenza \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di appartenenza \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

B) Indicazioni cliniche per le quali il paziente è stato considerato idoneo all'utilizzo dei sistemi CGM di tipo real-time non in associazione al microinfusore

- Insoddisfacente compenso metabolico, HbA1c costantemente elevata (≥7.5%), non idoneità alla terapia microinfusiva valutata dai centri autorizzati
- Ipoglicemie asintomatiche, ricorrenti, severe ≥ 2/anno

C) Indicare la tipologia di sistemi CGM:

<u>Materiale</u>	<u>Modello</u>	<u>Ditta</u>	<u>Prezzo</u>	<u>Q.ta</u>	<u>Mesi di terapia (MAX 6 MESI)</u>
Trasmettitore					
Sensore					
Ricevitore					

Si tratta di:  PRIMA PRESCRIZIONE  RINNOVO

In caso di RINNOVO, specificare il motivo:

- Miglioramento del compenso metabolico
- Riduzione degli episodi ipoglicemici
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Medico del Centro autorizzato  
 (firma leggibile e timbro) \_\_\_\_\_



*SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA*

AULSS

\_\_\_\_\_ Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale  
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e data

\_\_\_\_\_