



## PIANO TERAPEUTICO E PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DI PRESIDI A FAVORE DI PAZIENTI DIABETICI

ATS Insubria

Assistito* (iniziali)		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Data di nascita:		In possesso di esenzione ticket per patologia <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	----------------------------	----------------------------	------------------	--	--

C.F.*	<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Rinnovo di prescrizione
-------	---	--

Distretto di appartenenza	Residente in*:
---------------------------	----------------

Terapia*	Indicazioni ATS Insubria		DGR Lombardia VII/8678 09/04/2002	
	n° strisce= n° lancette	Quantitavi minimi/sett	n° strisce= n° lancette	Quantitavi massimi/sett
Diabetico al primo riscontro in terapia dietetica	50 per 3 mesi	4	25/mese per 3 mesi	6
Diabetico in terapia dietetica dopo i primi tre mesi	25 ogni 6 mesi	1	25 ogni 3mesi	2
Diabetico in terapia con sulfaniluree ( <b>Alto rischio di ipoglicemia</b> )	25/mese	6	25	6
Diabetico in terapia con altri ipoglicemizzanti orali (metformina, acarbiosio, glitazoni, incretine, exenatide e liraglutide) ( <b>Basso rischio di ipoglicemia</b> )	25 ogni 3 mesi	3	25 ogni 3 mesi	2
Diabetico in terapia insulinica ( 1 o 2 iniezioni/die)	50/mese	13	100	23
Diabetico in terapia insulinica (>2 iniezioni/die)	100/mese	25	125	29
Diabetico in terapia insulinica che utilizzano microinfusori	125/mese	29	175	41
Diabetico in età pediatrica oppure in gravidanza o con diabete gestazionale	125/mese	29	175	41

**Per la prescrizione dei dispositivi di cui sopra, occorre fare riferimento al range compreso tra i quantitativi minimi indicati da ATS ed i quantitativi massimi secondo il riferimento normativo della Regione Lombardia.**

*Il paziente in terapia con incretine s.c. e antidiabetico orale ha diritto anche ad un max di 200 aghi/semestre.*

### Apparecchio per la determinazione della glicemia in uso\*

#### Siringhe da insulina monouso

da 0.5 ml-30 G8mm       da 1 ml 29G-2.7 mm      n° / die

#### Aghi per penna insulinica

28G-12mm     29G-12.7 mm     30G-8mm     31G-6mm     32G-6mm     33G-4mm    n° / die

**NB:** Quantitativi superiori a quelli indicati nella tabella soprastante possono essere autorizzati previa presentazione di relazione clinica da redigere ogni tre mesi se il fabbisogno permane.

	n°/ mese	Note dello Specialista
<input type="checkbox"/> Lancette pungidito	n°/ mese	.....
<input type="checkbox"/> Reattivi glicemia	n°/ mese	.....
<input type="checkbox"/> Reattivi glicosuria	n°/ mese	.....
<input type="checkbox"/> Reattivi corpi chetonici urine	n°/ mese	.....
<input type="checkbox"/> Reattivi corpi chetonici sangue	n°/ mese	.....
<input type="checkbox"/> Reattivi corpi chetonici/glicosuria	n°/ mese	.....
<input type="checkbox"/> Altro specificare	n°	.....

Data\* .....

Timbro e firma del medico\*

- PIANO TERAPEUTICO ANNUALE\*\*\*
- PIANO TERAPEUTICO TRIENNALE (pazienti con diabete di tipo 1, età >12 anni)\*\*\*
- PIANO TERAPEUTICO TEMPORANEO dal ..... al ..... per .....

**CASI PARTICOLARI:** I reattivi per la ricerca dei corpi chetonici nelle urine vengono forniti nella quantità sufficiente all'effettuazione del controllo nelle urine secondo le indicazioni del Medico.  
I reattivi per la ricerca dei corpi chetonici nel sangue vengono utilizzati nei bambini fino a 5 anni di età con diabete mellito di tipo 1 e negli adulti con diabete instabile per un periodo limitato (di norma da tre mesi a sei mesi) e su prescrizione specialistica.

\* Campi obbligatori.

\*\*\* Di norma il piano terapeutico ha valenza annuale. In caso di diabete di tipo 1 per pazienti con età superiore ai 12 anni, il rinnovo del piano terapeutico consolidato/stabile può essere portato a tre anni (DGR IX/2633 del 06.12.2011).

Il PT può essere redatto dal Medico Diabetologo di struttura accreditata, sia dal Medico di Assistenza Primaria o dal Pediatra di Famiglia e successivamente validato da parte della Sede Territoriale ASST di residenza del paziente. In caso di variazioni occorre redigere un nuovo piano terapeutico con nuova validazione da parte della Sede territoriale (DGR n7/8678 del 09.04.2002).