

**SCHEDA DI MONITORAGGIO PER LA PRESCRIZIONE DI MEDICINALI A BASE DI
ANALOGHI RAPIDI DELL'INSULINA**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____ E-Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Peso (Kg) _____ BMI _____

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diabete tipo 1 tipo 2

Farmaco prescritto _____

Posologia* _____

Prima prescrizione prima prescrizione per inadempienza al D.A. 2234/15 da parte del
Dr. _____ del Centro _____ Continuità terapeutica

Terapia con microinfusore: SI NO

In caso di prima prescrizione indicare eventuali terapie precedenti:

Indicare eventuali terapie ipoglicemizzanti concomitanti:

MMG PLS Reparto D.H. Ambulatorio

Copia valida per N. _____ confezioni** pari a un totale di _____ UI

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

* indicare posologia stabilita alla data di stesura della scheda
** massimo due confezioni