

PIANO TERAPEUTICO E PROPOSTA DI PRESCRIZIONE PRESIDI PER PAZIENTI DIABETICI - Allegato 1.a

Cognome e Nome Assistito	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
Codice Fiscale	Esenzione ticket per diabete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data diagnosi diabete	
CLASSIFICAZIONE CLINICA			
<input type="checkbox"/> Diabete mellito tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabete mellito tipo 2 <input type="checkbox"/> Diabete gestazionale <input type="checkbox"/> Malattia Rara codice			
CLASSIFICAZIONE TERAPEUTICA			
<input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali insulino-sensibilizzanti e/o incretinomimetici e/o SGLT-2		<input type="checkbox"/> Dieta	
<input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali secretagoghi		<input type="checkbox"/> Insulina con/senza ipoglicemizzanti orali	
<input type="checkbox"/> Insulina (tratt. Intensivo > 2 iniezioni/giorno)		<input type="checkbox"/> Microinfusore (senza monit. in continuo del glucosio)	
Monitoraggio in continuo del glucosio <input type="checkbox"/> CGM oppure <input type="checkbox"/> FGM con/senza microinfusore			
PRESCRIZIONE		RISERVATO ALL'ASST	
N. PEZZI/MESE		codice presidio	n. pezzi/mese
<input type="checkbox"/> SIRINGHE insulina monouso 100 U con ago		A02010204	
<input type="checkbox"/> AGHI per penna insulinica 31G		A01010102	
<input type="checkbox"/> AGHI per penna insulinica 32G		A01010102	
<input type="checkbox"/> AGHI per penna insulinica 32,5G		A01010102	
<input type="checkbox"/> AGHI per penna insulinica 33G		A01010102	
<input type="checkbox"/> STRISCE reattive per glicosuria e chetonuria		W0101060110	
<input type="checkbox"/> STRISCE reattive per chetonemia			
Per la prescrizione delle STRISCE reattive per glicemia vedere la tabella allegata di seguito e indicare la quantità prescritta nella colonna "numero pezzi/mese"			
<input type="checkbox"/> LANCETTE per dispositivo pungidito			
SOLO PER PAZIENTI CON DIABETE DI TIPO 2		Indicare se fornito START KIT SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
GLUCOMETRO - Apparecchio per la determinazione rapida della glicemia: <input type="checkbox"/> Ascensia Contour (base) <input type="checkbox"/> Beurer GL50 (aggiuntive) <input type="checkbox"/> Freestyle Libre Glucometro (avanzate)			
<input type="checkbox"/> Dispositivo medico per dito puntura			

Data

Timbro e firma del medico prescrittore
.....
(Specialista, MMG, PLS)

PIANO TERAPEUTICO TRIENNALE

PIANO TERAPEUTICO TEMPORANEO DAL AL , per

Riservato all'ASST

SI AUTORIZZA: SI

NO

Data Timbro e firma del medico ASST autorizzatore.....

STRISCE REATTIVE PER GLICEMIA : prescrivibilità strisce reattive per glicemia ai sensi della normativa vigente regionale (D.g.r. n. 8678 del 9/4/2002)

Cod Classe	Classe Trattamento	Sottoclasse	Tetto mensile
1	Insulinico intensivo (basal-bolus o con microinfusore)		
	1.1	In terapia insulinica basal-bolus	175/mese
	1.2	In terapia con microinfusore, con diabete pregestazionale in gravidanza e soggetti con età inferiore a 18 anni	175/mese
	1.3	Bambini con età inferiore a 6 anni	175/mese
	1.4	Che iniziano il trattamento insulinico	175/mese per 3 mesi
	1.5	Con diabete di tipo 2 in terapia insulinica basalbolus in condizioni di controllo glicemico stabile	175/mese.
	1.6	In condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento	Prevedere il PT temporaneo inferiore all'anno La quantità MAX è 300/mese
2	Insulinico non intensivo o in trattamento combinato con farmaci con insulinici orali o iniettivi		
	2.1	In trattamento combinato con sola insulina basale (1 iniezione die)	75/mese
	2.2	In terapia insulinica basale o combinata che presentano un rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante) e soggetti che svolgono professioni che espongono a un rischio di conseguenze gravi in caso di ipoglicemia (autisti, piloti, gruisti, lavoratori su impalcature, ecc.)	100/mese
	2.3	Che iniziano la terapia insulinica/1 iniezione al giorno	100/mese per 3 mesi
	2.4	In trattamento con insulina 2 volte al giorno	100/mese
	2.5	In trattamento con insulina 3 volte al giorno	125/mese
	2.6	In condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento	Prevedere PT temporaneo inferiore all'anno La quantità MAX è 300/mese
3	Con ipoglicemizzanti orali secretagoghi che possono causare ipoglicemia		
	3.1	In condizioni di controllo glicemico stabile	25/mese
	3.2	Che presentano un rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante) e soggetti che svolgono professioni che espongono a un rischio di conseguenze gravi in caso di ipoglicemia (autisti, piloti, gruisti, lavoratori su impalcature, ecc.)	25/mese
	3.3	Alla diagnosi e periodicamente, soprattutto quando viene modificata la terapia, in condizioni cliniche particolari	25/mese
	3.4	In condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento	Prevedere PT temporaneo inferiore all'anno La quantità massima è 300/mese
4	Dietetico e/o con farmaci che non causano ipoglicemia		
	4.1	Fase iniziale del trattamento e periodi di compenso precario	25/mese
	4.2	Fasi di buon compenso	25/trimestre
	4.3	In condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, per un periodo limitato alla durata dell'evento	Prevedere PT temporaneo inferiore all'anno La quantità MAX è 300/mese
5	Paziente con diabete gestazionale		
	5.1	in trattamento dietetico	175/mese.
	5.2	in trattamento insulinico	175/mese.