

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 8 – “Programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria”

Allegati: _____

Prot. Servizio 8/n. 26718

Palermo 03.04.2018

Oggetto: Dispositivi di monitoraggio del glucosio con sistema Flash Glucose Monitoring (FGM)

Ai Commissari delle Aziende Sanitarie
Provinciali della Sicilia
LORO SEDI

Circolare n. 9 del 03.04.2018

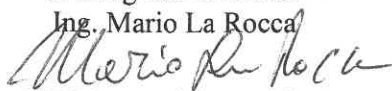
A parziale integrazione della circolare n. 8 dell'1 marzo 2018 si specifica che la prescrizione del sistema Flash Glucose Monitoring (FGM) per il monitoraggio della glicemia potrà essere dispensato ai soggetti diabetici di tipo T1 di qualunque fascia di età anche portatori di microinfusori purché non siano in possesso di altri sistemi holter.

Si raccomanda ai medici specialisti autorizzati alla prescrizione, tra i quali vanno aggiunti anche i pediatri diabetologi, di provvedere all'adeguata formazione dell'impiego del dispositivo.

Restano confermate tutte le altre disposizioni previste nella superiore circolare n. 8 dell'1/3/2018.

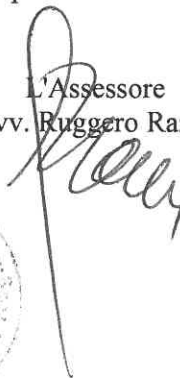
Si allega alla presente un modello tipo, in formato word, di “Piano di prescrizione dei presidi” al fine di uniformare su tutto il territorio regionale la modulistica per la dispensazione.

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca


Il Dirigente del Servizio 8
Dott. Guglielmo Reale



L'Assessore
Avv. Ruggiero Razza







Piano Di Prescrizione dei Presidi
(rilasciato ai sensi dei DD.AA.nn 380/18 e 141/15)

Unità Operativa/Ambulatorio _____

Medico Prescrittore _____ Tel _____ E-mail _____

Pratica n. _____

Paziente _____ nato/a a _____ () il ___/___/___

Codice fiscale _____ Sesso M [] F [] Residente a _____

via _____ ASP di residenza _____

Diagnosi

- [] Diabete di tipo 1 dal _____
- [] Diabete di tipo 2 insulino – trattato o assimilabile dal _____
- [] Diabete di tipo 2 non insulino – trattato dal _____
- [] Altra tipologia di diabete (specificare) _____

Apparecchio per la determinazione della glicemia prescritto/in uso _____

Lettore Freestyle Libre (codice prodotto 7154401) SI [] No [] (al paziente sono state illustrate in dettaglio le modalità di funzionamento e il suo corretto impiego) SI . [] No []

Altro Sistema di rilevazione della glicemia _____

Presidi Prescritti*	Numero pezzi/ogni due mesi
Strisce reattive per la determinazione della glicemia	
Sensore FreeStyle Libre (max 26/anno) – codice prodotto 7153801 / n° mesi _____	
Strisce Optium Plus (max 50 al mese se utilizza Freestyle Libre) - cod 9907675	
Strisce reattive per la determinazione della glicosuria e chetonuria ad una aerea reattiva	
Strisce reattive per la determinazione della glicosuria e chetonuria a due aeree reattive	
Strisce reattive per la determinazione della chetonemia	
Siringhe per insulina	
Aghi pungidito (max 50 lancette mese se utilizza il sistema Freestyle Libre)	
Aghi per somministrazione di insulina	
Aghi per somministrazione altri antidiabetici iniettabili	

***barrare i campi non compilati**

Nel caso di prescrizione di quantitativi superiori rispetto a quelli stabiliti dalla normativa vigente, motivare con una breve relazione nella quale deve essere indicato anche il periodo per cui si rende necessario il maggiore controllo della glicemia.

Il presente Piano di Prescrizione dei Presidi ha validità massima di 12 mesi

Validità prescrizione :mesi

Timbro e firma del medico prescrittore

Data