

Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Programmazione Sanitaria- Risorse Umane e Sanitarie
Area Politiche del farmaco

Prot. n. 64127 D/4/54/03

Roma, 28/05/2010

Ai Direttori Generali delle
ASL
AO
Policlinici Universitari
IRCCS
Ospedali Classificati
SMOM

FEDERFARMA LAZIO
federfarmalazio@tiscali.it

FARMACAP
Via Ostiense 131L

CONSERVIZI
Via OSTIENSE

ORDINI PROVINCIALI FARMACISTI

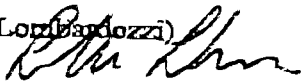
Oggetto: integrazione presidi per pazienti in trattamento con farmaci incretinomimetici

Si comunica che, per far fronte alle necessità dei pazienti in terapia con farmaci incretinomimetici somministrati per via iniettiva con apposito device, viene integrata la scheda di autocontrollo glicemico che si allega.

Tale scheda prevede l'inserimento, nella tipologia paziente con ipoglicemizzanti orali o con terapia combinata ipoglicemizzanti e insulina, dei pazienti trattati con farmaci incretinomimetici.
Si invita a dar seguito per quanto di competenza.

Il Dirigente dell'Area

(Lorella Lombardozzi)



Il Direttore Regionale
(Paolo Arico)





REGIONE LAZIO

PIANO DI AUTOCONTROLLO DI PRESIDI PER PAZIENTI DIABETICI

Assistito	M / F	Data nascita ___ / ___ / ___	ASL
Codice Fiscale	Esenzione per patologia n°		Diabete tipo: 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/>
Terapia			
Insulina <input type="checkbox"/>	Insulina pazienti età minore di 18 anni <input type="checkbox"/>		
Insulina pazienti con microinfusore <input type="checkbox"/>	Insulina diabete in gravidanza <input type="checkbox"/>		
Insulina + ipoglicemizzanti orali o farmaci incretinomimetici <input type="checkbox"/>	Ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione insulinica <input type="checkbox"/>		
Dieta in donne con diabete gestazionale <input type="checkbox"/>	Farmaci insulinosensibilizzanti / o dieta <input type="checkbox"/>		
Apparecchio per la determinazione rapida della glicemia			
Siringhe da insulina monouso	N°/die	Max mese	
Aghi per penna da insulina o farmaci incretinomimetici	N°/die	Max mese	
<input type="checkbox"/> Lancette pungidito	N°/mese	Note:	
<input type="checkbox"/> Strisce glicemia	N°/mese		
<input type="checkbox"/> Reattivi glicosuria	N°/mese		
<input type="checkbox"/> Reattivi Chetonuria	N°/mese		
<input type="checkbox"/> Reattivi Chetonuria/Glicosuria	N°/mese		
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		N°	

Timbro e firma del Medico prescrittore

Data

___ / ___ / ___

Piano terapeutico annuale Dal

Piano terapeutico temporaneo Dal si per

.....

.....

Tipologia del paziente	Quantità mensili da autorizzare
<ul style="list-style-type: none"> • Diabete tipo 1 con microinfusore • Diabete tipo 1 con età inferiore a 18 anni • Diabetici in gravidanza in trattamento insulinico 	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a un massimo 200 strisce/mese • Lancette fino a 200/mese • Strisce glicemia fino a 50/mese • Strisce chetonuria fino a 30/mese • Siringhe insulina max 130/mese in numero pari al numero di iniezioni +10% • In alternativa aghi-penna in numero pari al numero di iniezioni +10%
<ul style="list-style-type: none"> • Diabete di tipo 1 o 2 con età superiore a 18 anni, in trattamento insulinico 	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a un massimo 150 strisce/mese • Lancette fino a 150/mese • Strisce chetonuria fino a 30/mese • Siringhe insulina in numero pari al numero di iniezioni +10% • In alternativa aghi-penna in numero pari al numero di iniezioni +10%
<ul style="list-style-type: none"> • Diabete gestazionale in trattamento con sola dieta 	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a un massimo di 125 strisce/mese • Lancette fino 125/mese • Strisce chetonuria fino a 30/mese
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetici con ipoglicemizzanti orali o con terapie combinate ipoglicemizzanti e insulina o con farmaci incretinomimetici 	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a un massimo di 50 strisce/mese • Lancette fino a 50/mese • Siringhe 100/trimestre • In alternativa aghi penna insulina o incretinomimetici max 200/trimestre
<ul style="list-style-type: none"> • Diabete tipo 2 in trattamento dietetico o con farmaci insulinosensibilizzanti 	<ul style="list-style-type: none"> • Fino ad un massimo di 50 strisce/trimestre • Lancette pungidito fino a 50/trimestre