

SCHEDA PRESCRITTIVA PER IL GLUCAGONE POLVERE NASALE

Validità massima 12 mesi

Prescrivibile solo dal diabetologo del SSR

ENTE SSR: _____

Struttura prescrivente: _____

Medico prescrittore (nome cognome): _____

e-mail: _____ tel.: _____

GENERALITÀ DEL PAZIENTE

nome _____ cognome _____

Data di nascita _____ sesso M F Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

in Via _____ n. _____

Azienda Sanitaria di residenza: _____

Medico curante (MMG/PLS): _____

PRESCRIZIONE

Il glucagone polvere nasale è erogabile gratuitamente ai cittadini residenti nel Friuli-Venezia Giulia, ai sensi della DGR n. ____ del ____ agosto 2024, per il trattamento della ipoglicemia severa negli adulti, negli adolescenti e nei bambini di età uguale o superiore a 4 anni con diabete mellito.

- prima prescrizione
- rinnovo della prescrizione per scadenza della prescrizione

Numero di confezioni di glucagone polvere nasale: 1 2 (solo per paziente 4-18 anni)

Data _____ timbro e firma del Medico prescrittore

Nota per la farmacia ospedaliera

Nell'arco dei 12 mesi dalla data di emissione, la scheda di prescrizione è rinnovabile in caso di:

- utilizzo per il trattamento di episodio di ipoglicemia attestato da un medico
- scadenza della confezione erogata.

Rilasciare al paziente due copie della scheda di prescrizione:

- una copia da presentare alla Struttura aziendale di erogazione ad ogni accesso;
- una copia da consegnare al MMG/PLS

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE