

Richiesta di consulenza infermieristica pazienti diabetici

(formulario da compilare dal medico richiedente)

Data: _____ **Medico / Timbro**
Numero EAN/ FIRMA

Paziente:

Cognome, nome: _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____

Tel. Priv: _____ Lavoro: _____ Natel: _____

Cassa Malati: _____ Numero assicurato: _____

Diabete mellito tipo 1 tipo 2 gestazionale

Presenza complicazioni:

Retinopatia Sì No Non controllato
 Microalbuminuria Proteinuria Non controllato
 Malattia coronarica nota Infarto Interventi (by-pass, ...)
 Iperensione Ipercolesterolemia
 Stato piedi: neuropatia arteriopatia necrosi amputazioni

Richiesta per:

istruzione

- diabete e le sue compicanze
- autocontrollo glicemico
- cura dei piedi e altre misure preventive
- insulinoterapia
- micro infusore
- l'adattamento dell'insulina secondo le glicemie
- alimentazione adeguata
- ipoglicemie (cause, sintomi, provvedimenti)
- adeguamento terapeutico (turni di lavoro, viaggi, fuso orario, sforzo fisico)

altro

- Monitoraggio continuo della glicemia per 6 giorni
- Cura preventiva dei piedi (prestazioni disponibili solo presso ORL e ODL)
- Seduta di gruppo

Peso:altezza: HbA1c:..... Diabete conosciuto da:

Osservazioni:

Terapia antidiabetica attuale:

Altre diagnosi:

Servizi di Diabetologia

ORL: tel. 091 811 75 58 ORBV: tel. 091 811 92 15 OBV: tel. 091 811 34 48 ODL: tel. 091 811 47 90
 fax 091 811 75 57 fax. 091 811 91 89 fax. 091 811 30 34 fax 091 811 41 12