MOD. D - FORNITURA ESCLUSIVA PRESSO FARMACIE A.S.L. SA 1

A.S.L. SA 1 - NOCERA INFERIORE (SA)

Distretto Sanitario n. _____ - _____

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Vista la proposta del Medico di Medicina Generale

Dr. _____

Si autorizza la seguente fornitura mensile a favore dell'assistito

Sig.ra/re _____ **nata/o a** _____

il _____ **cod. fisc.** _____

residente a _____ **Via** _____

Siringhe per insulina m.u. **n.** _____

- Apparecchio automatico in plastica per la puntura del dito

1º semestre n. _____ **2º semestre n.** _____

- Aghi o lancette pungidito

Gennaio n. 100 - Aprile n. 100 - Luglio n. 100 - Ottobre n. 100

oppure n. _____ **a** _____

- Aghi per penna siringa

n. _____ **la mese e fino a conoscenza del costo siringhe**

A) Strisce reattive determinazione glucosio nel sangue

1) Per _____ determinazione a settimana:

n. _____ strisce ogni _____ mesi

2) Per una determinazione al dì:

n. 50 strisce a Gennaio, Marzo, Maggio + n. 25 strisce al mese nei rimanenti

3) Per due determinazioni al dì:

n. 75 strisce a Gennaio, Marzo, Maggio + n. 50 strisce al mese nei rimanenti

4) Per tre determinazioni al dì:

n. 100 strisce a Gennaio, Marzo, Maggio + n. 75 strisce al mese nei rimanenti

5) _____

B) Strisce reattive per corpi chet. O gluc. nelle urine

Si autorizza la soluzione 1 - 2 - 3 - 4 - 5 di cui al punto A

Data autorizzazione _____ Il Medico Dirigente _____

Annotazione del C.A.D.
Data _____ Firma _____

Timbro della Farmacia	Data di Spedizione
	_____
SPAZIO PER FUSTELLE O ALTRA PROVA DI CONSEGNA	

Tariffazione
TOTALE

GENNAIO
FEBBRAIO
MARZO
APRILE
MAGGIO
GIUGNO
LUGLIO
AGOSTO
SETTEMBRE
OTTOBRE
NOVEMBRE
DICEMBRE