

## 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