

Scheda di prescrizione della terapia insulinica

Data _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____
1 _____

Anno di diagnosi Diabete Mellito tipo

Attuale terapia insulinica:

- Numero iniezioni _____/die

- Insuline
utilizzate _____

Terapia da effettuare al pranzo:

Subito prima del pasto-

Subito dopo la conclusione del pasto-

siringa- penna -Tipo di insulina _____ U

(intermedia)

siringa- penna -Tipo di insulina _____ U

(rapida)

Variazioni delle dosi di insulina rapida:

_____ Unità se glicemia inferiore a _____ mg/dl

_____ Unità se glicemia compresa tra _____ mg/dl e _____ mg/dl

_____ Unità se glicemia compresa tra _____ mg/dl e _____ mg/dl

_____ Unità se glicemia compresa tra _____ mg/dl e _____ mg/dl

_____ Unità se glicemia superiore a _____ mg/dl

(Firma del medico e timbro del Centro con indicati i recapiti telefonici)

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta _____

• Genitori _____