

# PRESCRIZIONE

Pompa per insulina t:slim X2™ Tandem e/o DEXCOM G7 CGM Sensori

## Informazioni sul paziente

|                 |       |                            |       |
|-----------------|-------|----------------------------|-------|
| Cognome/Nome    | _____ | Cassa malattia             | _____ |
| Indirizzo       | _____ | Numero di carta            | _____ |
| NPA/Luogo       | _____ | Numero AVS                 | _____ |
| Telefono        | _____ | Rappresentante Legale      | _____ |
| Cellulare       | _____ | Cognome                    | _____ |
| E-mail          | _____ | Nome                       | _____ |
| Genere          | _____ | Pompa per insulina attuale | _____ |
| Data di nascita | _____ | DE FR IT EN                | _____ |

## Pompa per insulina t:slim X2™ Tandem e materiale di consumo (EMAp Posizione 03.02.01.00.2)\*:

Fornitura per un mese, proroga automatica se non disdetta entro il 21° giorno

**t:slim X2 Control IQ con accessori** (1005611)

**Serbatoio, 3 ml** (10 unità) (1002541)

Si prega di scegliere solo una risposta:

**Set per infusione AutoSoft™ 90 (10 unità)**

**Set per infusione AutoSoft™ 30 (10 unità)**

**Set per infusione VariSoft™ (10 unità)**

**Set per infusione TruSteel™ (10 unità)**

## Istruzione tecnica della pompa per insulina t:slim X2

| Tramite:  | Data della formazione | Indirizzo di consegna    |
|---|-----------------------|--------------------------|
| Personale specializzato   |                       | Ospedale/Studio _____    |
| ospedale/studio   |                       | Cognome/Nome _____       |
| VitalAire   |                       | Indirizzo _____          |
| La consegna avverrà esclusivamente in un istituto (ospedale/studio) nel quale il paziente ha ricevuto la formazione.  |                       | CP/Luogo _____           |
| * Per la terapia insulinica nel diabete instabile e/o se il setting è insoddisfacente dal punto di vista medico anche con il metodo dell'iniezione multipla |                       | Telefono/Cellulare _____ |

## Sistema CGM Dexcom G7

**Sensori Dexcom G7** (EMAp 21.06.02.00.1):

Fornitura per un mese, consegna automatica di quantità trimestrali in assenza di disdetta fino al 21° giorno successivo alla data di inizio della fornitura: \_\_\_\_\_

Istruzione tecnica necessaria

## Conferma

### CON LA MIA FIRMA CONFERMO QUANTO SEGUE:

Il paziente/rappresentante legale ha rilasciato espressamente il proprio consenso a trasmettere a Dexcom o a terze parti designate da Dexcom i dati sopra riportati. Dexcom utilizza esclusivamente terze parti che sono vincolate contrattualmente alla completa osservanza delle disposizioni legali in materia di protezione dei dati. Dexcom e/o terze parti incaricate possono utilizzare i suddetti dati esclusivamente per evadere gli ordini di prodotti Dexcom e per la relativa fatturazione al garante e/o al paziente/rappresentante legale.

Timbro / firma incl. numero RCC

(selezionare file di immagine)

Data \_\_\_\_\_

Prescrittore \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Inviare questa prescrizione a **diabetes@vitalaire.ch** (sarà inoltrata a Dexcom).