

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	_____		
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).