

## Domanda alla cassa malati per l'assunzione dei costi del sistema di monitoraggio continuo del glucosio (CGM) con sensore impiantabile a lungo termine (Eversense XL) per persone con diabete mellito da parte dello specialista in endocrinologia/diabetologia

Prescrivo al/alla mio/a paziente il sistema di monitoraggio continuo (CGM) del glucosio Eversense XL.

### Dati personali del/della paziente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP/NAP/Luogo \_\_\_\_\_  
Tel. (fisso privato) \_\_\_\_\_ Tel. (fisso lavoro) \_\_\_\_\_  
Tel. (mobile privato) \_\_\_\_\_ Nome Assicurazione \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Numero Assicurazione \_\_\_\_\_

### Limitazione per il sistema di monitoraggio continuo del glucosio:

- Grave ipoglicemia grado II o III
- Forme gravi di diabete instabile (Brittle diabetes) con consultazione d'urgenza già avvenuta e/o ricovero in ospedale
- Valore HbA1c uguale o superiore all'8 %
- Altro: \_\_\_\_\_

Diagnosi il: \_\_\_\_\_

### Il/la paziente possiede già un'approvazione per l'assunzione dei costi del sistema di monitoraggio continuo del glucosio:

- Sì       No

### Le seguenti voci di fatturazione sono utilizzate per il materiale (senza prestazioni mediche):

EMap - Numero di posizione per il Transmitter: 21.05.01.00.2  
TarMed - Numero di posizione per i Sensori: GI-20

Timbro del medico:

Luogo/Data \_\_\_\_\_ Firma (Medico) \_\_\_\_\_