

Documento PTR n. 330 relativo a:

MODULO PER LA RICHIESTA DI GLUCAGONE POLVERE NASALE

Aggiornamento Maggio 2025

Modulo per la richiesta di glucagone polvere nasale (Baqsimi®)

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ domicilio _____

Nome e cognome del Prescrittore _____ tel. _____

La compilazione del presente modulo deve essere effettuata dagli specialisti diabetologi del SSR (dipendenti o convenzionati), dai MMG o dai PLS, fornendo al paziente ed al suo caregiver adeguata informazione relativa all'uso appropriato del glucagone polvere nasale.

Indicazioni rimborsate SSN (barrare l'opzione prescrittiva di interesse):

- ☐ trattamento dell'ipoglicemia grave^a in paziente pediatrico / adolescente con diabete di tipo I in età scolare (4-19 anni);
- ☐ trattamento dell'ipoglicemia grave^a in paziente adulto con terapia insulinica che assume almeno quattro somministrazioni giornaliere, ovvero che sia in trattamento con il microinfusore

Motivo della richiesta:

- ☐ prima prescrizione
- ☐ rinnovo della prescrizione a seguito di:
- ☐ utilizzo per il trattamento di episodio di ipoglicemia
 - ☐ scadenza del prodotto precedentemente erogato

N. confezioni prescritte ☐ 1 ☐ 2

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

^a Per ipoglicemia grave si intende una ipoglicemia il cui trattamento richiede l'intervento di un'altra persona.