



Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare

Commissione Regionale del Farmaco

(D.G.R. 1540/2006, 392/2015 e 1421/2024, Det. 1556/2023, 14846/2024 e 28209/2024)

*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<sup>a</sup> in paziente pediatrico / adolescente con diabete di tipo I in età scolare (4-19 anni);
- trattamento dell'ipoglicemia grave<sup>a</sup> 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

<sup>a</sup> Per ipoglicemia grave si intende una ipoglicemia il cui trattamento richiede l'intervento di un'altra persona.