

NOME DEL CENTRO _____

DATA _____

Questo documento attesta che, il sig./la sig.ra

è affetto da diabete mellito insulino-dipendente in
trattamento con plurime iniezioni di insulina giornaliera.

Il trattamento insulinico non deve mai essere interrotto.
È necessario che abbia sempre con sé il materiale
necessario per il trattamento e precisamente: fiale o
cartucce di insulina, penna o siringhe per insulina, aghi,
misuratore di glicemia, strisce reattive, pungidito e lancette.

Il diabetologo
