

NOME DEL CENTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

è diabetico/a insulinodipendente in trattamento con microinfusore.

Questo trattamento non può essere interrotto per nessuna ragione.

Per questo motivo la persona deve portare con sé in ogni circostanza tutti gli strumenti necessari alla terapia (microinfusore, fiale o cartucce di insulina, sistemi per l'inserimento dell'agocannula, set d'infusione, penna o siringhe per insulina, aghi, strumento per la misurazione della glicemia con strisce reattive, pungidito e lancette).

L'endocrinologo/il diabetologo

\_\_\_\_\_