

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

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Este documento acredita que D./Dña.

\_\_\_\_\_

padece diabetes mellitus insulino-dependiente tratada con insulina inyectable.

Este tratamiento con insulina no debe ser interrumpido. Es imprescindible que lleve consigo en todo momento el material necesario para su tratamiento y particularmente: ampollas o cartuchos de insulina, 'pluma' para insulina o jeringuillas, agujas, aparato para la medición de la glicemia con tiras de prueba, dispositivo de punción y lancetas.

El endocrinólogo/el diabetólogo

\_\_\_\_\_