

PER RINNOVO DEL “PROGRAMMA di CURA” di

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Portare :

- ✓ Risposta dell’ultima emoglobina glicata (HBA1C) e Creatinina
(esami non più vecchi di un anno)
- ✓ Strumento (GLUCOMETRO) in uso per lo scarico dati _____
- ✓ Lunghezza **aghi per penna di insulina** in uso mm _____
- ✓ Nome del suo medico _____
- ✓ **DIARIO DELL’AUTOCONTROLLO**

***Il programma di cura viene rilasciato senza appuntamento nei
giorni di mercoledì, giovedì, venerdì dalle ore 8.30 alle 11.00***

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI DIRETTAMENTE ALL’ASSOCIAZIONE DIABETICI ALTO VICENTINO
ORARIO SEDE: 08.30 – 11.30 DAL LUNEDI’ AL VENERDI’ – TEL 0445/598271