

CERTIFICATO MEDICO MEDICAL CERTIFICATE

CERTIFICATO MEDICO/MEDICAL CERTIFICATE

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra
We hereby certify that Mr/Mrs

Nome/First name: _____

Cognome/Last name: _____

Data di nascita/Date of birth: _____

è una persona con diabete insulino-dipendente. Ai fini di una corretta terapia, il paziente deve portare con sé il seguente materiale quando viaggia:

is an insulin-dependent diabetic. In order to ensure correct therapy, the following items must be carried when travelling:

- | | |
|---|--|
| ■ Materiale di consumo per la pompa
Insulin pump disposables | ■ Pompa per insulina/Insulin pump |
| ■ Penne per insulina/Insulin pen | ■ Set di infusione/Infusion sets |
| ■ Aghi penna/Pen needles | ■ Glucometro/Blood glucose meter |
| ■ Cartucce di insulina
Insulin cartridges | ■ Strisce reattive per la misurazione
della glicemia
Blood glucose test strips |



- | | |
|---|--|
| ■ Sensori per il monitoraggio in continuo della glicemia
Continuous glucose monitoring sensors | ■ Glucagone/Glucagon |
| ■ Dispositivo pungidito con lancette
Lancing device with lancets | ■ Strisce reattive per la misurazione della chetonuria
Ketone test strips |
| | ■ Medicinali/Medicines |

Medico/Doctor: _____

Ospedale/Hospital: _____

Indirizzo/Address: _____

Telefono/Phone: _____

Data/Date: _____

Timbro e firma del medico/ospedale:
Stamp and signature of the doctor/hospital: _____