

**Allegato 2**



**MODULO PER RICHIESTA PRESTAZIONI    OBESITA' IN GRAVIDANZA**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE 5 OR - Piano Reg. Prevenzione**

\_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE FISCALE

D	0	1
---	---	---

CODICE ESENZIONE

**ESAME RICHIESTO:**

- O-    Visita Specialistica Diabetologica breve 89.01**
- O-    CURVA DA CARICO ORALE DI GLUCOSIO 75g (glicemia basale, alla 1° e alla 2° ora) 90.26.4**
- O-    Visita Specialistica Ostetrica (max mensile) 89.01**
- O-    Ecografia Ostetrica (max 6 per gravidanza) 88.78.3**

--	--	--	--	--	--

DATA

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_