



RELAZIONE SEMESTRALE SULLA TERAPIA INSULINICA CON MICROINFUSORE NEL  
PAZIENTE PEDIATRICO (ETÀ < 18 ANNI) AFFETTO DA DIABETE DI TIPO 1

Da inoltrare a  
Area Sanità e Sociale  
PEC: area.sanitasociale @pec.regione.veneto.it

e, per conoscenza a  
Unità Organizzativa Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici  
mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it

Azienda Sanitaria

Centro autorizzato

Attività del Centro autorizzato

- Specificare il periodo di riferimento (semestre): .....
- Indicare N. di nuovi pazienti con microinfusore (con o senza sensori), N. di pazienti già in trattamento seguiti dal centro e N. di microinfusori acquistati su prescrizione del centro, spesa totale per microinfusori e consumabili:

N. pz nuovi	N. pz già in trattamento	N. microinfusori acquistati	Spesa per microinfusori (IVA esclusa)	Spesa per consumabili (IVA esclusa)

- Indicare il N. di nuove richieste di forniture di dispositivi medici per la terapia insulinica con microinfusore non approvate dalle Aziende ULSS (specificare quali: ..... ) e relative motivazioni: .....
- Indicare il N. di nuovi pazienti che hanno aderito al piano formativo previsto: .....
- Indicare il N. nuovi di pazienti che hanno interrotto la terapia con microinfusore: ..... e relative motivazioni (fallimento terapeutico, scarsa compliance, ecc.) .....
- Indicare il N. di nuovi pazienti a cui è stato prescritto il microinfusore con sensore: .....
- Specificare per quanto tempo i pazienti hanno utilizzato il sensore: .....
- Indicare il numero di pacchetti rendicontanti nel periodo di riferimento:

Tipologia pacchetto	Descrizione pacchetto	N. pazienti
Pacchetto 1	Visite multidisciplinari per la valutazione iniziale	
Pacchetto 2	Valutazione iniziale, educazione del paziente e follow-up iniziale nel breve periodo	
Pacchetto 3	Valutazione iniziale, educazione del paziente (parziale) e follow-up iniziale nel breve periodo	
Pacchetto 4	Valutazione iniziale, educazione "con rinforzo" del paziente e follow-up iniziale nel periodo prolungato	
Pacchetto 5	Visite multidisciplinari annuali di controllo	
Pacchetto 6	Visite multidisciplinari annuali di controllo e rieducazione del paziente	



c62a985b



Attività del personale dedicato			
<input type="checkbox"/> Indicare il N. medio di visite eseguite dal personale dedicato per l'educazione del nuovo paziente prima e dopo l'impianto del microinfusore:			
Personale	N. medio di visite nei 6 mesi prima dell'impianto	N. medio di visite nei primi 3 mesi dopo l'impianto	N. medio di visite negli ulteriori 3 mesi dopo l'impianto
Medico			
Infermiere			
Dietista			
Psicologo			
<input type="checkbox"/> Indicare il numero medio di contatti telefonici avuti con i nuovi pazienti nei primi tre mesi dopo l'impianto del microinfusore ..... e specificare la disponibilità del centro alla reperibilità telefonica (giorni in settimana; ore al giorno) .....			
<input type="checkbox"/> Specificare partecipazione a corsi di formazione sulla terapia insulinica con microinfusore nel periodo di riferimento: SI - NO (Se sì, allegare gli attestati)			
Valutazioni clinico-metaboliche (nuovi pazienti)			
<u>Per ciascun nuovo paziente avviato al microinfusore:</u>			
<input type="checkbox"/> Indicare la riduzione % media dell'emoglobina glicata a 6 mesi dopo l'impianto del microinfusore: ..... e relative motivazioni se non sopraggiunti miglioramenti (emoglobina glicata già a target, ecc) .....			
<input type="checkbox"/> Indicare il N. di ipoglicemie severe riscontrate nei 6 mesi precedenti e successivi l'impianto del microinfusore: .....			
<input type="checkbox"/> Indicare il N. di chetoacidosi riscontrate nei 6 mesi precedenti e successivi l'impianto del microinfusore: .....			
<input type="checkbox"/> Indicare il N. di accessi al pronto soccorso riscontrati nei 6 mesi precedenti e successivi l'impianto del microinfusore: ..... e relative motivazioni (ipogliemie severe, chetoacidosi, ecc) .....			
<input type="checkbox"/> Nei pazienti che utilizzano il sensore, specificare il tempo trascorso in target glicemico nei 3-6 mesi dopo l'impianto del microinfusore: ..... la variabilità glicemica prima e dopo l'impianto del microinfusore: ..... e relative motivazioni se non sopraggiunti miglioramenti: .....			

Il Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria  
(timbro e firma)

