Allegato A1 al Decreto n. 40 del 28 aprile 2016

(Questo Allegato sostituisce integralmente l'Allegato A1 alla DGR 613 del 29.04.2014 "Protocolli regionali per la terapia insulinica con microinfusore nei pazienti adulti e pediatrici affetti da diabete di tipo 1")

SEZIONE 1

Richiesta di valutazione iniziale per la terapia insulinica con microinfusore del paziente adulto (età≥18 anni) da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento di ☐ *Padova* ☐ *Verona*

A cura della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'AULSS _____

Via _____Località _____ CAP_____ Prov._____

Diabetologo della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale_____

Cell /Tel, Fax_____ e- mail _____

Con la presente si richiede la valutazione finalizzata all'erogazione di microinfusore per la terapia insulinica e l'eventuale presa in carico per il proprio assistito:

Sig./ra (Nome e Cognome)_____ Data di nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Via, Località di residenza _____

affetto/a da diabete mellito tipo 1, insorto nel_____

☐ già abile ☐ non ancora abile alla gestione della terapia insulinica

Motivazioni cliniche:_____

_____

La scrivente dichiara altresì di essere a conoscenza della procedura di rimborso definita dai provvedimenti regionali.

Responsabile della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale (Timbro e firma leggibile) Luogo e data

_____ _____

SEZIONE 2

Esito di valutazione iniziale da trasmettere al Responsabile della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'AULSS_____Dott._____fax _____

Con la presente il CRR di _____ dichiara di aver effettuato:

☐ in data _____ la valutazione richiesta con esito negativo e di riaffidare il paziente alla Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale inviante per la continuazione della presa in carico già in atto (pacchetto di prestazioni erogato dal CRR: pacchetto 1 pari a €147,69).

☐ in data _____ la valutazione richiesta con esito positivo e di proseguire il percorso terapeutico finalizzato all'erogazione del microinfusore; di aver verificato le seguenti capacità di base del paziente alla gestione della terapia insulinica ottimizzata:_____

_____

☐ aver cura di comunicare alla AULSS di appartenenza del paziente la scelta del pacchetto di prestazioni al termine dell'iter formativo (possibili pacchetti di prestazioni erogabili dal CRR: pacchetto 2 pari a €947,27; pacchetto 3 pari a €495,74; pacchetto 4 pari a €1.564,96).

Medico del CRR (Timbro e firma leggibile) Luogo e data

_____ _____