

*Richiesta di fornitura dei dispositivi medici per terapia insulinica con microinfusore – NUOVO PAZIENTE adulto (età  $\geq 18$  anni)*

Da trasmettere a: Responsabile Struttura Diabetologica Dott. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 di Riferimento Territoriale  
 dell'AULSS

a cura del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento  Padova  Verona

**A) Dati anagrafici del paziente**

Per il/la Sig./ra (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Via, Località di residenza \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di appartenenza \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

**B) Indicazioni cliniche per le quali il paziente è stato considerato idoneo alla terapia microinfusiva**

- Inadeguato compenso glicemico con HbA1c (HbA1c  $\geq 7.5\%$ ) costantemente elevata malgrado terapia insulinica multi-iniettiva ottimale
- Ipoglicemia (ricorrente e/o severa)
- Programmazione della gravidanza o gravidanza in atto
- Marcata variabilità glicemica
- Basso fabbisogno insulinico (inferiore a 30 unità die)
- Necessità di flessibilità per lo stile di vita
- In assenza di controindicazioni come da protocollo

**C) Tipologia di paziente (come da protocollo regionale)**

<u>Tipologia Paziente</u>	<u>Fabbisogno insulinico</u>	
	Alto	Basso
Paziente con inadeguato compenso glicemico nonostante ottima terapia multiiniettiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente con ipoglicemie asintomatiche e/o notturne e/o di rilevante durata e frequenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente con programmazione di gravidanza o gravidanza in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente con alta variabilità glicemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente con HbA1c elevata ( $\geq 7,5\%$ ) nonostante già in terapia con CSII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente che pratica sports acquatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente con stile di vita erratico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente con attività fisica intensa/agonistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente che necessitano di riservatezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente che necessitano di una data base alimentare e personalizzabile a causa di un'alimentazione estremamente variabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CSII: Continuous Subcutaneous Insulin Infusion

D) Indicare il modello del microinfusore:

<u>Caratteristiche microinfusore</u>	<u>Modello/Ditta</u>	<u>Q.ta</u>
Serbatoio uguale o superiore a 300 Unità, con sensore	<input type="checkbox"/> PARADIGM VEO 754 (Medtronic)	
Serbatoio uguale o inferiore a 200 Unità, velocità di infusione basale minima 0.025 U/h, con sensore	<input type="checkbox"/> PARADIGM VEO 554 (Medtronic) <input type="checkbox"/> ANIMAS VIBE (Movi)	
Serbatoio uguale o superiore a 300 Unità, senza sensore integrato	<input type="checkbox"/> ACCU-CHEK COMBO (Roche) <input type="checkbox"/> PARADIGM 715 (Medtronic)	
Serbatoio uguale o inferiore a 200 Unità, velocità di infusione basale minima 0.025 U/h o 0,05 U/h, senza sensore	<input type="checkbox"/> PARADIGM 515 (Medtronic) <input type="checkbox"/> ANIMAS VIBE LIGHT (Movi)	
Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____	

E) Indicare tipologia e quantità del materiale di consumo necessario per n. \_\_\_\_\_ mesi di terapia:

<u>Materiali di consumo</u>	<u>Nome commerciale e misura e codice ref</u>	<u>Quantità*</u>	<u>Ditta</u>
<input type="checkbox"/> Ago-Cannula	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Set infusionale (ago-cannula+catetere)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Serbatoio per insulina	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Batterie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sensore rilev. glicemia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dispositivo per inserzione	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Adattatore	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eventuali accessori	_____	_____	_____

\*le quantità possono non essere allineate al fabbisogno indicato nel protocollo per casi particolari

F) Indicare il pacchetto di prestazioni erogato dal CRR per la valutazione iniziale, educazione del paziente e follow-up iniziale

	<u>Prestazione</u>	<u>Importo</u>
<input type="checkbox"/>	Pacchetto 2. CSII*Valutazione iniziale, educazione del paziente e follow up iniziale nel breve periodo	€947,27
<input type="checkbox"/>	Pacchetto 3. CSII* Valutazione iniziale,educazione del paziente (PARZIALE)e follow up iniziale nel breve periodo	€495,74
<input type="checkbox"/>	Pacchetto 4. CSII* Valutazione iniziale,educazione 'con rinforzo' del paziente e follow-up iniziale nel breve periodo prolungato	€1564,96

Medico proponente del CRR

Data \_\_\_\_\_ (firma leggibile e timbro) \_\_\_\_\_

*SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA*

AULSS \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale (Timbro e firma)