

Richiesta di fornitura dei dispositivi medici per terapia insulinica con microinfusore – NUOVO PAZIENTE adulto (età ≥ 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)

Tipologia Paziente

Fabbisogno
insulinico

Alto Basso

	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)