

Richiesta di sostituzione, variazione o rinnovo della fornitura dei dispositivi medici per la terapia insulinica con microinfusore – paziente adulto (età ≥ 18 anni) GIÀ IN TRATTAMENTO

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

a cura del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento Padova Verona

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

Codice Fiscale _____ Data di nascita (gg/mm/aa) _____

Via, Località di residenza _____

Azienda Sanitaria di appartenenza _____ Distretto _____

Attualmente in trattamento con microinfusore (modello) _____ dal (gg/mm/aa) _____

verificati:

- la permanenza dell'indicazione alla terapia con microinfusore;
- l'idoneità dal paziente in termini di aderenza alla terapia e al percorso educativo;
- il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati (specificare _____);
- l'utilizzo consapevole dello strumento.

si richiede:

- sostituzione microinfusore per fine vita (durata del microinfusore dismesso: _____);
- sostituzione microinfusore per rottura;
- sostituzione microinfusore con un nuovo modello a seguito
 - del verificarsi delle seguenti motivazioni cliniche: _____

della mancata efficacia: _____

altro (specificare): _____

- Variazione della fornitura materiale di consumo per i seguenti motivi clinici: _____

- Rinnovo del materiale di consumo

Indicare il modello del microinfusore:

| <u>Caratteristiche microinfusore</u> | <u>Modello/Ditta</u> | <u>Q.tà</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 _____ | |

Data inizio utilizzo microinfusore (gg/mm/aa) _____

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

Medico proponente del
CRR

Data _____ (firma leggibile e timbro) _____

| | |
|--|---|
| <i>SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA</i> | |
| AULSS | _____ |
| Luogo e data | Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale (Timbro e firma) |
| _____ | _____ |