

*Follow-up terapia insulinica con microinfusore - paziente adulto (età ≥ 18 anni)*

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

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Via, Località di residenza \_\_\_\_\_

Numero di visite di controllo effettuate in un anno presso la Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale: \_\_\_\_\_ presso il CRR: \_\_\_\_\_

**SEZIONE 1**

*Valutazione annuale da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento (CRR) di  Padova  Verona*

A cura della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'AULSS \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ Tel/Fax \_\_\_\_\_

**Criteri della valutazione annuale:**

<input type="checkbox"/> <b>EFFICACIA</b> ○ miglioramento del compenso metabolico; ○ riduzione degli episodi ipoglicemici: ○ altro: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>UTILIZZO CONSAPEVOLE DELLO STRUMENTO</b> _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>RISPETTO DEI CONTROLLI PERIODICI PIANIFICATI DALLA STRUTTURA DIABETOLOGICA DI RIFERIMENTO TERRITORIALE:</b> _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>NOTE:</b> _____ _____ _____ _____
--	--	---	---

Medico della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale  
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

**SEZIONE 2**

*Valutazione annuale da trasmettere alla Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'AULSS*

-----

A cura del CRR di  Padova  Verona

**Criteri della valutazione annuale:**

<input type="checkbox"/> <b>EFFICACIA</b> ○ miglioramento del compenso metabolico; ○ riduzione degli episodi ipoglicemici: ○ altro: _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>UTILIZZO CONSAPEVOLE DELLO STRUMENTO</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>RISPETTO DEI CONTROLLI PERIODICI PIANIFICATI DAL CRR:</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> <b>NOTE:</b> _____ _____
--	--	---	---

A giudizio del clinico del CRR, in base alla valutazione di questi parametri, viene decisa la:

PROSECUZIONE della terapia microinfusiva

INTERRUZIONE della terapia microinfusiva

Indicare il pacchetto di prestazioni erogato dal CRR per la valutazione annuale di controllo:

	<u>Tipologia di pacchetto</u>	<u>Importo</u>
<input type="checkbox"/>	Pacchetto 5. CSII: Visite multidisciplinari annuali di controllo	€90,30
<input type="checkbox"/>	Pacchetto 6. CSII: Visite multidisciplinari annuali di controllo e rieducazione del paziente	€541,82

Medico del CRR (Timbro e firma leggibile)

Luogo e Data

---

---