

SEZIONE 1

Richiesta di valutazione iniziale per la terapia insulinica con microinfusore del paziente pediatrico (età < 18 anni) da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento pediatrico

A cura della Struttura Diabetologica di riferimento Territoriale dell'Azienda Sanitaria _____

Via _____ Località _____ CAP _____

Prov. _____

Diabetologo della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale _____

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 _____ Distretto _____

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 dalla Regione Veneto con DGR n. xx XXXX...

Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale

Luogo e Data

(Timbro e firma leggibile)

SEZIONE 2

Esito di valutazione iniziale da trasmettere al Responsabile della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'AULSS di: _____ 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 (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 €47,27; pacchetto 3 pari a €95,74; pacchetto 4 pari a €1.564,96).

Medico del CRR (Timbro e firma leggibile)

Luogo e Data
