

Richiesta di fornitura dei dispositivi medici per terapia insulinica con microinfusore – nuovo paziente pediatrico (età <18 anni)

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

a cura del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento

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 metabolico con HbA1c costantemente elevata (HbA1c $\geq 7.5\%$) e/o instabilità glicemica
- Ipoglicemie ricorrenti
- Grave insulino resistenza nelle prime ore del mattino (dawn phenomenon)
- Necessità di frazionare le dosi in pazienti con ridotto fabbisogno insulinica
- Agofobia
- Flessibilità dello stile di vita

C) Tipologia di paziente (come da protocollo regionale)

- Paziente di età inferiore a 6 anni;
- Paziente tra 6 e 12 anni con ipoglicemie frequenti (in particolare se notturne) o con estrema variabilità glicemica.
- Paziente di età compresa tra 6 e 12 anni (o superiore a 12 anni con basso fabbisogno insulinico) con inadeguato compenso metabolico nonostante uso ottimale della terapia multi-iniettiva.
- Paziente di età superiore a 12 anni (o inferiore a 12 anni con alto fabbisogno insulinico) con inadeguato compenso metabolico nonostante uso ottimale della terapia multi-iniettiva.
- Paziente di età superiore a 12 anni con ipoglicemie frequenti e/o estrema variabilità glicemica.
- Altro _____

D) 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 0,050 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"/> Dispositivo per inserzione	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Batterie	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sensore rilev. Glicemia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Serbatoio	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Adattatore	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eventuali Accessori del microinfusore/sensore	_____	_____	_____

*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

* CSII: Continuous Subcutaneous Insulin Infusion

Data _____ Medico proponente del CRR
(firma leggibile e timbro) _____

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