

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

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

a cura del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento Pediatrico

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 0,050 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"/> 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

Medico proponente del  
CRR

Data \_\_\_\_\_ (firma leggibile e timbro) \_\_\_\_\_

*SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA*

AULSS

\_\_\_\_\_

Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale  
(Timbro e firma leggibile)

Luogo e data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_