

**ALLEGATO B5 alla Dgr n. 613 del 29 aprile 2014**

Relazione annuale sulla terapia insulinica con microinfusore nel paziente pediatrico (età < 18 anni) affetto da diabete di tipo 1

Da trasmettere all'Amministrazione Regionale

A cura della Direzione Generale

Denominazione dell'AULSS: _____

Periodo: _____

1. Indicare numero annuale di nuovi pazienti con microinfusori (con o senza sensore), numero di microinfusori acquistati, spesa totale per microinfusori e consumabili:

AULSS	N. nuovi pazienti	N. pazienti già in trattamento	N. microinfusori acquistati	Spesa Microinfusore (IVA esclusa)	Spesa Consumabile (IVA esclusa)

2. Indicare il numero di richieste di forniture di dispositivi medici per la terapia insulinica con microinfusore non approvate dall'AULSS: _____ e relative motivazioni:

3. Indicare il numero di pazienti a cui è stato prescritto il microinfusore con sensore: _____

4. Specificare tempo/mese di utilizzo del sensore per monitoraggio in continuo: _____

5. Indicare il numero di pazienti che hanno interrotto la terapia: _____

6. Indicare il numero di pacchetti rendicontati nell'anno:

<u>Tipologia pacchetto</u>	<u>Descrizione pacchetto</u>	<u>N. pazienti</u>
<u>Pacchetto 1</u>	Visite multidisciplinari per la valutazione iniziale	
<u>Pacchetto 2</u>	Valutazione iniziale, educazione del paziente e follow up iniziale nel breve periodo	
<u>Pacchetto 3</u>	Valutazione iniziale, educazione del paziente (PARZIALE) e follow up iniziale nel breve periodo	
<u>Pacchetto 4</u>	Valutazione iniziale, educazione 'con rinforzo' del paziente e follow-up iniziale nel breve periodo prolungato	
<u>Pacchetto 5</u>	Visite multidisciplinari annuali di controllo	
<u>Pacchetto 6</u>	Visite multidisciplinari annuali di controllo e rieducazione del paziente	

Timbro e firma leggibile

Luogo e data
