REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato B4 al Decreto n. 40 del 28 aprile 2016 pag. 1/2

(Questo Allegato sostituisce integralmente l'Allegato B4 alla DGR 613 del 29.04.2014 "Protocolli regionali per la terapia insulinica con microinfusore nei pazienti adulti e pediatrici affetti da diabete di tipo 1")

Follow-up terapia insulinica con microinfusore - paziente pediatrico (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: _____

☐ Paziente seguito in modo continuativo presso il CRR

SEZIONE 1(da compilare da parte della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale fatto salvo per i pazienti seguiti in modo continuativo presso il CRR)

Valutazione annuale da trasmettere al Centro Regionale di Riferimento (CRR) pediatrico

A cura della Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale dell'Azienda Sanitaria_____

Via _____ Località _____ CAP _____ Prov. _____

Dott. _____ Tel/Fax_____

Criteri della valutazione annuale:

☐ EFFICACIA	☐ UTILIZZO CONSAPEVOLE DELLO STRUMENTO	☐ RISPETTO DEI CONTROLLI PERIODICI PIANIFICATI DALLA STRUTTURA DIABETOLOGICA DI RIFERIMENTO TERRITORIALE:	☐ NOTE:
○ miglioramento del compenso metabolico;	_____	_____	_____
○ riduzione degli episodi ipoglicemici:	_____	_____	_____
○ altro:	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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
_____

A cura del CRR pediatrico:

Criteri della valutazione annuale:

☐ EFFICACIA
○ miglioramento del compenso metabolico;
○ riduzione degli episodi ipoglicemici:
○ altro:
_____
_____

☐ UTILIZZO CONSAPEVOLE DELLO STRUMENTO
_____
_____
_____

☐ RISPETTO DEI CONTROLLI PERIODICI PIANIFICATI DAL CRR:_____
_____
_____

☐ NOTE:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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:

	Tipologia di pacchetto	Importo
☐	Pacchetto 5. CSII: Visite multidisciplinari annuali di controllo	€ 90,30
☐	Pacchetto 6. CSII: Visite multidisciplinari annuali di controllo e rieducazione del paziente	€ 541,82

Medico del CRR (Timbro e firma leggibile) Luogo e Data

_____