REGIONE DEL VENETO

**giunta regionale**



(Questo Allegato sostituisce integralmente l'Allegato A2 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")

*Richiesta di fornitura dei dispositivi medici per terapia insulinica con microinfusore – NUOVO PAZIENTE adulto (età ≥18 anni)*

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

a cura del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento ☐ Padova ☐ Verona

**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 glicemico con HbA1c (HbA1c ≥7.5%) costantemente elevata malgrado terapia insulinica multi-iniettiva ottimale
☐ Ipoglicemia (ricorrente e/o severa)
☐ Programmazione della gravidanza o gravidanza in atto
☐ Marcata variabilità glicemica
☐ Basso fabbisogno insulinico (inferiore a 30 unità die)
☐ Necessità di flessibilità per lo stile di vita
☐ In assenza di controindicazioni come da protocollo

C) Tipologia di paziente (come da protocollo regionale)

| Tipologia Paziente | Fabbisogno insulinico | |
|---|---|---|
| | Alto | Basso |
| Paziente con inadeguato compenso glicemico nonostante ottima terapia multiiniettiva | | |
| Paziente con ipoglicemie asintomatiche e/o notturne e/o di rilevante durata e frequenza | | |
| Paziente con programmazione di gravidanza o gravidanza in atto | | |
| Paziente con alta variabilità glicemica | | |
| Paziente con HbA1c elevata (≥7,5%) nonostante già in terapia con CSII | | |
| Paziente che pratica sports acquatici | | |
| Paziente con stile di vita erratico | | |
| Paziente con attività fisica intensa/agonistica | | |
| Paziente che necessitano di riservatezza | | |
| Paziente che necessitano di una data base alimentare e personalizzabile a causa di un'alimentazione estremamente variabile | | |

CSII: Continuous Subcutaneous Insulin Infusion

D) Indicare la tipologia del microinfusore:

| Tipologia microinfusore | Modello/Ditta | Q.ta |
|---|---|---|
| Serbatoio uguale o superiore a 300 Unità, con monitoraggio in continuo della glicemia integrato | PARADIGM VEO 754 (Medtronic)<br>MINIMED 640G 3 ml (Medtronic) | |
| Serbatoio uguale o inferiore a 200 Unità, velocità di infusione basale minima 0.025 U/h, con monitoraggio in continuo della glicemia integrato | ANIMAS VIBE (Movi)<br>PARADIGM VEO 554 (Medtronic)<br>MINIMED 640G 1,8 ml (Medtronic) | |
| Serbatoio uguale o superiore a 300 Unità, senza monitoraggio in continuo della glicemia integrato* | ACCU-CHEK COMBO (Roche)<br>PARADIGM 715 (Medtronic) | |
| Serbatoio uguale o inferiore a 200 Unità, velocità di infusione basale minima 0.025 U/h o 0,05 U/h, senza monitoraggio in continuo della glicemia integrato* | ACCU-CHEK Insight (Roche)<br>ANIMAS VIBE LIGHT (Movi)<br>MY LIFE OMNIPOD (Ypsomed)<br>PARADIGM 515 (Medtronic) | |
| Altro_____ | Altro_____ | |

*Per i microinfusori che non sono integrati al monitoraggio in continuo è possibile associare un dispositivo specifico per il monitoraggio in continuo della glicemia solo per le tipologie di pazienti riportate nel protocollo.

Nel caso in cui il CRR renda vincolante la prescrizione di uno specifico modello commerciale perché ritenuto non sostituibile per la cura del paziente, la clausola di non sostituibilità deve essere obbligatoriamente accompagnata da una sintetica motivazione

Modello microinfusore non sostituibile:_____

Motivazione:_____
_____
_____

E) Indicare tipologia e quantità del materiale di consumo necessario per n. ____ mesi di terapia:

| Materiali di consumo | Nome commerciale/codice ref e misura | Quantità** | Ditta |
|---|---|---|---|
| ☐ Ago-Cannula | | | |
| ☐ Set infusionale (ago-cannula+catetere) | | | |
| ☐ Serbatoio | | | |
| ☐ Batterie | | | |
| ☐ Sensore rilev. glicemia | | | |
| ☐ Trasmettitore | | | |
| ☐ Ricevitore | | | |
| ☐ Dispositivo per inserzione | | | |
| ☐ Adattatore | | | |
| ☐ Eventuali accessori | | | |
| ☐ Serbatoio preriempito di insulina | | | |

**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

| | Prestazione | Importo |
|---|---|---|
| | Pacchetto 2. CSII*Valutazione iniziale, educazione del paziente e follow up iniziale nel breve periodo | €947,27 |
| | Pacchetto 3. CSII* Valutazione iniziale,educazione del paziente (PARZIALE)e follow up iniziale nel breve periodo | €495,74 |
| | Pacchetto 4. CSII* Valutazione iniziale,educazione 'con rinforzo' del paziente e follow−up iniziale nel breve periodo prolungato | €1564,96 |

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

*SPAZIO RISERVATO ALLA VALIDAZIONE DELLA RICHIESTA*

AULSS _____

Luogo e data _____ Responsabile Struttura Diabetologica di Riferimento Territoriale (Timbro e firma) _____