**ALLEGATO 1**

*Da riprodurre su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice*

 Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alla struttura di Diabetologia di

 Coordinamento o delegata

 (eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE CON SAP (Sensor Augmented Pump therapy)**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito tipo 1 **☐** diabete mellito tipo 2 **☐** insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attualmente in trattamento con **☐** terapia multiniettiva **☐** terapia con microinfusore dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si prescrive terapia con microinfusore

 Si prescrive sostituzione microinfusore per

|  |  |
| --- | --- |
| * + mal funzionamento e fine garanzia (4 anni)
 |  |
| * + upgrade tecnologia (prima dello scadere della garanzia o a garanzia scaduta, ma microinfusore funzionante) documentato da:
 | Almeno due valori di HbA1c (copia del referto di laboratorio) degli ultimi 6-12 mesi + almeno due report AGP (copia del report) degli ultimi 6-12 mesi, che documentino valori di TIR, TAR, TBR e CV non in linea con i target terapeutici, nonostante un appropriato utilizzo del sistema di infusione dell’insulina e del sensore (almeno 2 report che attestino l’aderenza terapeutica – cambio set, boli ecc- o in alternativa verifica presso Servizio Farmaceutico erogatore dell’avvenuto ritiro del materiale di consumo) |
| * + reazione allergica documentata
 | da certificazione di **DERMATOLOGO** **PUBBLICO/ACCREDITATO** che attesti la tipologia di reazione avversa e la controindicazione all’utilizzo del sensore in uso al paziente. |
| * + smarrimento/furto (si allega copia della denuncia alle autorità competenti)
 |  |

HbA1c attuale \_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

**Barrare la principale indicazione all’uso del microinfusore (per la prima prescrizione):**

* Controllo glicemico inadeguato, malgrado terapia insulinica intensiva multiiniettiva con analoghi dell’insulina (HbA1c >8.5%). Criterio valido soltanto per pazienti con diabete di tipo 1
* Ipoglicemie non avvertite/ notturne/ gravi o riscontro all’autocontrollo glicemico di almeno 4 ipoglicemie/mese non gravi
* Estrema sensibilità insulinica (terapia insulinica <20 UI/die o < 0,4 U/kg) Criterio valido soltanto per pazienti in età pediatrica
* Programmazione della gravidanza in paziente con diabete di tipo 1 e HbA1c > 7%
* Necessità di flessibilità per lo stile di vita: tutte le condizioni in cui la tipologia di vita del paziente (lavoro a turni, frequenti viaggi per lavoro e/o studio) non consenta di raggiungere gli obiettivi metabolici con la terapia insulinica multi-iniettiva
* Gastroparesi
* Frequenza elevata di ospedalizzazioni o di visite ambulatoriali urgenti per episodi di scompenso acuto/anno
* Difficoltà ad accettare le iniezioni multiple (in età pediatrica)

**Si richiede la fornitura del microinfusore modello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si prescrive** **materiale di consumo per ☐** 3 mesi **☐** 6 mesi **☐** 12 mesi **come di seguito riportato**

* Serbatoi:
* 10 /mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 3 giorni
* 5 serbatoi /mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 7 giorni (numero confezioni da arrotondare per eccesso)
* Set d’infusione:
* 10 set/mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 3 giorni
* 5 set/mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 7 giorni (numero confezioni da arrotondare per eccesso)
* Numero \_\_\_\_\_\_ sensori/anno per copertura 365 giorni/anno per assistito in real time (secondo il tipo di sensore) (Tabella Paragrafo 7. Rimborsabilità)
* Trasmettitore garantito dalla Ditta secondo quanto previsto dalla scheda tecnica

**Il materiale deve essere erogato ogni 3 mesi.**

**Si attesta che il/la paziente**

1. **Ha dimostrato di essere idoneo alla terapia con microinfusore, in particolare:**
* Buona accettabilità della malattia e della terapia insulinica
* Aderenza all’autocontrollo glicemico (almeno 4 controlli al giorno)
* Buona educazione alla gestione della malattia
* Motivazione a modificare alcuni comportamenti dello stile di vita
1. **Ha effettuato un periodo di prova di almeno tre mesi (per la prima prescrizione) e ulteriori 30 giorni per procedere all’acquisto.**
2. **Ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo su:**
* funzionamento del microinfusore ed alla gestione della terapia con microinfusore (impostazioni generali, cambio set, ricarica serbatoio, programmazione velocità basale, memoria boli, visualizzazione profilo basale, basali temporanee, profili alternativi);
* utilizzo dei boli prandiali (modalità bolo rapido, onda quadra, onda doppia)
* conteggio dei carboidrati ed alla corretta alimentazione

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con microinfusore, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

Si allega PT per i presidi per l’autocontrollo con il numero di strisce come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Referente Aziendale |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **ALLEGATO 1 a**

*Da riprodurre su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice*

 Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alla struttura di Diabetologia di

 Coordinamento o delegata

 (eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER LA FORNITURA DEL MATERIALE DI CONSUMO PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE CON SAP (Sensor Augmented Pump therapy)**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito tipo 1 **☐** diabete mellito tipo 2 **☐** insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attualmente in trattamento con microinfusore dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

modello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verificati

* la permanenza dell’indicazione alla terapia con microinfusore
* l’idoneità dal paziente in termini di aderenza alla terapia e al percorso educativo di rinforzo
* il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati

HbA1c attuale \_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

**Si prescrive** **materiale di consumo per ☐** 3 mesi **☐**6 mesi **☐** 12 mesi  **come di seguito riportato:**

* Serbatoi
* 10 /mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 3 giorni
* 5 serbatoi /mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 7 giorni (numero confezioni da arrotondare per eccesso)
* Set d’infusione:
* 10 set/mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 3 giorni
* 5 set/mese x 12 mesi + 1 (13 mesi totali) per set d’infusione della durata di 7 giorni (numero confezioni da arrotondare per eccesso)
* Numero \_\_\_\_\_\_ sensori/anno per copertura 365 giorni/anno per assistito in real time (secondo il tipo di sensore) (Tabella Paragrafo 7. Rimborsabilità)
* Il trasmettitore del CGM viene garantito dalla Ditta secondo quanto previsto dalla scheda tecnica.

**Il materiale di consumo deve essere erogato ogni 3 mesi.**

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con microinfusore, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

Si allega PT per i presidi per l’autocontrollo con il numero di strisce come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Referente Aziendale |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **ALLEGATO 2**

*Da riprodurre su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice*

Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla struttura di Diabetologia di

coordinamento o delegata

(eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER DISPOSITIVO AUTOMONITORAGGIO DELLA GLICEMIA TRAMITE FGM (Flash Glucose Monitoring) IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA (3 O PIU’ SOMMINISTRAZIONI AL GIORNO) O IN TERAPIA CON MICROINFUSORE FATTA ESCLUSIONE DEI SISTEMI INTEGRATI MICROINFUSORE/CGM CON AUTOMATISMI**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affetto/a da diabete mellito insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva o con microinfusore non integrato a CGM dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_

HbA1c attuale \_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

Secondo una delle seguenti condizioni:

* diabete gestazionale
* diabete di tipo 1 adulto
* diabete di tipo 1 età pediatrica (4-17 anni)
* diabete tipo 2

Si richiede la fornitura del dispositivo automonitoraggio tramite sensore modello**:**

**□ FGM1**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ FGM2**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si prescrive fabbisogno di sensori per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato (max 26 sensori/anno)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I sensori vengono erogati ogni 3/6 mesi.**

Si allega PT WebCare per i presidi per l’autocontrollo come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

Si attesta che il/la paziente ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo sul funzionamento del sistema di automonitoraggio della glicemia tramite AGP.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  |
|  |  |

 **ALLEGATO 2 a**

*Da riprodurre su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice*

Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla struttura di Diabetologia di coordinamento o delegata

(eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER MATERIALE AUTOMONITORAGGIO TRAMITE FGM (Flash Glucose Monitoring) IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA (3 O PIU’SOMMINISTRAZIONI AL GIORNO) O IN TERAPIA CON MICROINFUSORE FATTA ESCLUSIONE DEI SISTEMI INTEGRATI MICROINFUSORE/CGM CON AUTOMATISMI**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in trattamento con  terapia insulinica multi-

iniettiva  con microinfusore non integrato a CGM e automonitoraggio tramite **□** FGM1 □ FGM2

 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_

HbA1c attuale \_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

Secondo una delle seguenti condizioni:

* diabete gestazionale
* diabete di tipo 1 adulto
* età pediatrica (4-17 anni)
* diabete tipo 2

Verificati:

* l’idoneità del paziente in termini di aderenza alla terapia e al percorso educativo di rinforzo (scarico dati documentato in cartella)

**Si prescrive fabbisogno di sensori per ☐** 3 mesi **☐** 6 mesi **☐** 12 mesi **come di seguito riportato (max 26 sensori/anno)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I sensori vengono erogati ogni 3/6 mesi.**

Si allega PT per i presidi per l’autocontrollo come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  |
|  |  |

 **ALLEGATO 3**

*Da riprodurre su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice*

Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla struttura di Diabetologia di coordinamento o delegata

(eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER IL MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO (CGM) AD USO CONTINUATIVO IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA (PIU’ DI 3 SOMMINISTRAZIONI AL GIORNO)**

**Con allegata motivazione clinica che motivi il mancato uso del FGM**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito tipo 1 **☐** diabete mellito tipo 2 **☐** insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva insulina dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si prescrive il monitoraggio continuo del glucosio (CGM) ad uso continuativo**

HbA1c attuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

**Motivazione clinica**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Barrare l’indicazione secondo il piano regionale della malattia diabetica:**

1. **CGM permanente**
* Età pediatrica
* Continuità terapeutica (DMT1 in età di transizione)
* Adulto con autismo, sindrome di Down, altre patologie invalidanti con deficit cognitivi severi
* Adulto con reazione allergica documentata al cerotto del FGM
* Adulto con DMT1 in MDI con ipoglicemie gravi documentate da relazione clinica dello specialista o del MMG
* Adulto con DMT1 in MDI con diabete scompensato per eccessive ipoglicemie ed iperglicemie.
1. **CGM 3-6 mesi:**
* patologie endocrine associate (panipopituitarismo, insufficienza corticosurrenalica)
* patologia oncologica in terapia cortisonica.

**Si richiede la fornitura del monitoraggio in continuo del glucosio modello** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si prescrive** **materiale di consumo per ☐** 3 mesi **☐** 6 mesi **☐** 12 mesi **come di seguito riportato:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I sensori per il monitoraggio continuo del glucosio vengono erogati ogni 3/6 mesi.**

**Si attesta che il/la paziente:**

1. **Ha dimostrato di essere idoneo alla terapia con monitoraggio in continuo della glicemia, in particolare:**
* Aderenza all’autocontrollo glicemico
* Buona educazione alla gestione della malattia
* Motivazione a modificare alcuni comportamenti dello stile di vita
1. **Ha effettuato un periodo di prova di almeno tre mesi (per la prima prescrizione) e ulteriori 30 giorni per procedere all’acquisto.**
2. **Ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo sul funzionamento del CGM, impostazione degli allarmi e algoritmo d’intervento**

Si allega PT per i presidi per l’autocontrollo con il numero di strisce come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow-up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con monitoraggio in continuo della glicemia, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Referente Aziendale |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **ALLEGATO 3 a**

*Da riprodurre su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice*

Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla struttura di Diabetologia di coordinamento o delegata

(eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER LA FORNITURA DEL MATERIALE DI CONSUMO PER IL MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO (CGM) AD USO CONTINUATIVO IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA (PIU’ DI 3 SOMMINISTRAZIONI AL GIORNO)**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito tipo 1 **☐** diabete mellito tipo 2 **☐** insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attualmente in trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva e monitoraggio in continuo del glucosio (CGM) ad uso continuativo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

modello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secondo una o più delle seguenti condizioni:

1. **CGM permanente**
* Età pediatrica
* Continuità terapeutica (DMT1 in età di transizione)
* Adulto con autismo, sindrome di Down, altre patologie invalidanti con deficit cognitivi severi
* Adulto con reazione allergica documentata al cerotto del FGM
* Adulto con DMT1 in MDI con ipoglicemie gravi documentate da relazione clinica dello specialista o del MMG
* Adulto con DMT1 in MDI con diabete scompensato per eccessive ipoglicemie ed iperglicemie.
1. **CGM 3-6 mesi:**
* patologie endocrine associate (panipopituitarismo, insufficienza corticosurrenalica)
* patologia oncologica in terapia cortisonica

Verificati:

* la permanenza dell’indicazione al monitoraggio in continuo del glucosio
* l’idoneità dal paziente in termini di aderenza alla terapia e al percorso educativo di rinforzo
* il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati

HbA1c attuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

Ipoglicemie severe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si prescrive** **materiale di consumo per ☐** 3 mesi **☐** 6 mesi **☐** 12 mesi **come di seguito riportato**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I sensori per il monitoraggio in continuo del glucosio vengano erogati ogni 3/6 mesi.**

Si allega PT per i presidi per l’autocontrollo con il numero di strisce come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow-up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con monitoraggio in continuo della glicemia, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data  |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|  |  |
|  | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Referente Aziendale |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **ALLEGATO 4**

 Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alla struttura di Diabetologia di

 Coordinamento o delegata

 (eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER IL MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO (CGM) AD USO CONTINUATIVO CON SENSORE IMPIANTABILE IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA (PIU’ DI 4 SOMMINISTRAZIONI AL GIORNO) O IN TERAPIA CON MICROINFUSORE FATTA ESCLUSIONE DEI SISTEMI SAP CON AUTOMATISMI**

**Con allegata motivazione clinica che motivi il mancato uso del FGM**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito tipo 1 **☐** diabete mellito tipo 2 **☐** insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva insulina dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o microinfusore dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si prescrive il monitoraggio continuo del glucosio (CGM) ad uso continuativo**

HbA1c attuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_)

**Motivazione clinica**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Barrare l’indicazione secondo il piano regionale della malattia diabetica:**

1. **CGM permanente**
* Età pediatrica
* Continuità terapeutica (DMT1 in età di transizione)
* Adulto con autismo, sindrome di Down, altre patologie invalidanti con deficit cognitivi severi
* Adulto con reazione allergica documentata al cerotto del FGM
* Adulto con DMT1 in MDI con ipoglicemie gravi documentate da relazione clinica dello specialista o del MMG
* Adulto con DMT1 in MDI con diabete scompensato per eccessive ipoglicemie ed iperglicemie.
1. **CGM 3-6 mesi:**
* patologie endocrine associate (panipopituitarismo, insufficienza corticosurrenalica)
* patologia oncologica in terapia cortisonica

**Si richiede la fornitura del dispositivo di monitoraggio in continuo del glucosio modello** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si attesta che il/la paziente:**

* **Ha dimostrato di essere idoneo alla terapia con monitoraggio in continuo della glicemia, in particolare:**
* Aderenza all’autocontrollo glicemico
* Buona educazione alla gestione della malattia
* Motivazione a modificare alcuni comportamenti dello stile di vita
* **Ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo sul funzionamento del CGM, impostazione degli allarmi e algoritmo d’intervento**

Si allega PT per i presidi per l’autocontrollo con il numero di strisce come previsto dalle Linee Prescrittive Presidi per il Monitoraggio glicemico emanate dalla Regione Lazio.

Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow-up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con monitoraggio in continuo della glicemia, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Referente Aziendale |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **ALLEGATO 5**

 Alla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alla struttura di Diabetologia di

 Coordinamento o delegata

 (eventuale fax) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER DISPOSITIVO I-PORT IN PAZIENTI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto/a da diabete mellito tipo 1 insorto nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva insulina dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HbA1c attuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (v.n.\_\_\_\_\_\_)

|  |  |
| --- | --- |
| **Barrare l’indicazione:** | * Bambino di età  10 anni
 |
|  | * Paziente pediatrico con grave e comprovata agofobia
 |
|  | * Paziente con lipodistrofia severa
 |

**Si prescrive fabbisogno per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi** **come di seguito riportato (max 100 anno):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del Paziente/Esercente la patria potestà | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Medico prescrittore |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  | Timbro e firma e recapito (mail, telefono) del Referente Aziendale |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |