

.....
miejsowość, data

Informacja prowadzącego diabetologa dotycząca kwalifikacji pacjenta do świadczenia

**Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej
u pacjentów w wieku 18-26 lat
zgodnie z wymogami NFZ**

I. DANE PACJENTAImię i nazwisko:PESEL:Adres zamieszkania:

.....

II. DANE DOTYCZĄCE CUKRZYCYData rozpoznania cukrzycy: d - m - r.Aktualny model leczenia:

.....

Hospitalizacje z powodu powikłań cukrzycy: NIE TAK

.....

Stosowanie pompy insulinowej:NIE TAK , od kiedy: d - m - r.Ostatni wynik HbA1c:Epizody ciężkiej hipoglikemii w ciągu ostatniego roku: NIE TAK

.....

Powikłania przewlekłe cukrzycy: NIE TAK

.....

.....

III. SCHORZENIA WSPÓLISTNIEJĄCE

.....

.....


IV. LEKI
WSKAZANIA DO LECZENIA Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ:

	X
Hiperglikemie poranne – „efekt brzasku”	<input checked="" type="checkbox"/>
Nawracające hipoglikemie	<input type="checkbox"/>
Nieświadomość hipoglikemii	<input type="checkbox"/>
Utrzymujące się niewyrównanie cukrzycy (9% > HbA1c > 6,5%)	<input type="checkbox"/>
Niestabilność glikemii wymagająca ≥ 7 pomiarów na dobę	<input type="checkbox"/>
Uprawianie wyczynowe sportu lub regularny wysiłek fizyczny o dużej intensywności	<input type="checkbox"/>
Kontynuacja leczenia z zastosowaniem osobistej pompy insulinowej	<input type="checkbox"/>

PRZECIWWSKAZANIA DO LECZENIA Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ:

	X
Brak akceptacji terapii ze strony pacjenta	<input type="checkbox"/>
Brak współpracy z zespołem diabetologicznym	<input type="checkbox"/>
Choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia intelektualne	<input type="checkbox"/>
Uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/>
Brak regularnej samokontroli	<input type="checkbox"/>
Ciężka postępująca retinopatia proliferacyjna, niepoddająca się leczeniu	<input type="checkbox"/>
≥ 1 epizod ciężkiej ketokwasicy w ostatnim roku	<input type="checkbox"/>

..... d - m - r.
 Pieczętka Poradni Data Podpis i pieczętka kierującego diabetologa