

Návrh na schválenie liečby diabetes mellitus pomocou inzulínovej pumpy*

v zmysle § 5 zákona č. 577/2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v platnom znení

1.-7. Vyplní ošetrujúci diabetológ navrhujúci liečbu:

Názov zdravotníckeho zariadenia navrhujúceho liečbu:

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno a priezvisko lekára: Kód lekára:

Tel. kontakt **: fax: e-mail:

Meno a priezvisko poistenca: Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (prechodná) adresa:

Tel. kontakt **: fax / e-mail:

Diagnóza slovom: **MKCH 10**

1. Dĺžka trvania ochorenia a doterajšia liečba:

.....

.....

.....

2. **Glykemické profily** (minimálne 4-6 glykemických profilov so 7-8 odbermi, vyšetrenými laboratórne, ktoré dokumentujú labilitu DM v predchádzajúcom roku)

1. glykemický profil dna:	
	namerané hodnoty
1. vzorka	mmol/l
2. vzorka	mmol/l
3. vzorka	mmol/l
4. vzorka	mmol/l
5. vzorka	mmol/l
6. vzorka	mmol/l
7. vzorka	mmol/l
8. vzorka	mmol/l

2. glykemický profil dna:	
	namerané hodnoty
1. vzorka	mmol/l
2. vzorka	mmol/l
3. vzorka	mmol/l
4. vzorka	mmol/l
5. vzorka	mmol/l
6. vzorka	mmol/l
7. vzorka	mmol/l
8. vzorka	mmol/l

3. glykemický profil dna:	
	namerané hodnoty
1. vzorka	mmol/l
2. vzorka	mmol/l
3. vzorka	mmol/l
4. vzorka	mmol/l
5. vzorka	mmol/l
6. vzorka	mmol/l
7. vzorka	mmol/l
8. vzorka	mmol/l

1. glykemický profil dna:	
	namerané hodnoty
1. vzorka	mmol/l
2. vzorka	mmol/l
3. vzorka	mmol/l
4. vzorka	mmol/l
5. vzorka	mmol/l
6. vzorka	mmol/l
7. vzorka	mmol/l
8. vzorka	mmol/l

2. glykemický profil dna:	
	namerané hodnoty
1. vzorka	mmol/l
2. vzorka	mmol/l
3. vzorka	mmol/l
4. vzorka	mmol/l
5. vzorka	mmol/l
6. vzorka	mmol/l
7. vzorka	mmol/l
8. vzorka	mmol/l

3. glykemický profil dna:	
	namerané hodnoty
1. vzorka	mmol/l
2. vzorka	mmol/l
3. vzorka	mmol/l
4. vzorka	mmol/l
5. vzorka	mmol/l
6. vzorka	mmol/l
7. vzorka	mmol/l
8. vzorka	mmol/l

3. Počet denných dávok inzulínu, druh inzulínu, čas aplikácie:

.....
.....
.....
.....

4. Stav metabolickej kompenzácie (HbA1c resp. HbA1 – aspoň 2 stanovenia za posledný rok s uvedením laboratórnej normy a metodiky) :

- 1. HbA1c..... norma:..... metodika:..... dátum vyš.:.....
- 2. HbA1c..... norma:..... metodika:..... dátum vyš.:.....
- 3. HbA1c..... norma:..... metodika:..... dátum vyš.:.....

5. Počet hospitalizácií za posledný rok pre nevyrovnanosť DM : (priložiť kópie prepúšťacích správ!)

hospitalizácia od:..... do: v:

hospitalizácia od:..... do: v:

hospitalizácia od:..... do: v:

hospitalizácia od:..... do: v:

6. Počet dokumentovaných ťažkých hypoglykemických stavov (vyžadujúcich pomoc inej osoby resp. zdravotníckych pracovníkov) v priebehu posledného roka:

.....

7. Údaj o plánovanej resp. vykonanej transplantácii obličky u diabetika v renálnej insuficiencii:

.....
.....

Ďalšie doplňujúce údaje:

.....
.....

dátum:

.....
podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

* Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach !

** Kontaktné údaje žiadame vyplniť z dôvodu zjednodušenia kolobehu písomností a urýchlenia schvaľovacieho procesu

Stanovisko diabetológa Centra pre diabetikov v SR nastavujúceho pacientov na liečbu pomocou inzulínovej pumpy:

navrhovanú liečbu: odporúčam / neodporúčam***

Zdôvodnenie:

.....
.....

Dátum:

.....
podpis a pečiatka

*** Nehodiace sa prečiarknuť

Prehlásenie pacienta:

Prehlasujem, že som bol oboznámený/á s používaním inzulínovej pumpy, jej režimom a obsluhou. Pumpa mi bola odskúšaná a súhlasím s liečbou diabetes mellitus pomocou inzulínovej pumpy.

Dátum:

.....
podpis poistenca

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s. po prerokovaní žiadosti v Komisii pre schvaľovanie finančne náročnej liečby, liekov a zdravotníckych pomôcok:

navrhovaná liečba inzulínovou pumpou bola **schválená / neschválená*****

Zdôvodnenie:.....
.....
.....
.....

V Bratislave, dňa:

.....
podpis a pečiatka revízneho farmaceuta

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

.....
podpis riaditeľa
Úseku revíznych a zdravotných činností

Poučenie :

- 1.Návrh liečby s odporúčaním diabetológa Centra v SR a podpísaným súhlasom poistenca navrhujúci diabetológ doručí zdravotnej poisťovni. **K návrhu je nutné priložiť vyplnený lekársky poukaz na zdravotnícku pomôcku.**
- 2.Návrh Union zdravotná poisťovňa, a.s. prerokuje v Komisii pre schvaľovanie finančne náročnej liečby, liekov a zdravotníckych pomôcok a v prípade súhlasu s liečbou listom informuje poistenca o schválení liečby.
3. Poistenca na liečbu pomocou inzulínovej pumpy nastavia v Centre, ktoré odporučilo liečbu.