



Szpital Miejski im. Franciszka Raszei przy ul. Mickiewicza 2 w Poznaniu

Wniosek o refundację osobistej pompy insulinowej (OPI)

F- 581

Wydanie: 01

Ważne od: 23.08-2021

Strona: 1 / 1

Data

Pieczęć jednostki kierującej

Wniosek o refundację osobistej pompy insulinowej (OPI) u osób do 26 r.ż. kierowany do ośrodka realizującego świadczenie (wypełnia lekarz diabetolog)

Imię i nazwisko pacjenta	
Data urodzenia	
Adres	
Pesel	
Rok zachorowania na cukrzycę typu 1	
Inne schorzenia	
Pozostaje pod opieką poradni diabetologicznej od (proszę podać rok)	
Wskazania do terapii za pomocą OPI (Zgodne z wytycznymi PTD)	
Wiedza pacjenta o cukrzycy i współpraca z zespołem leczącym	
Ilość wizyt w poradni w ciągu ostatniego roku	
HbA1C [%] (proszę podać wyniki oznaczeń z ostatniego roku)	
Aktualny model leczenia	<input type="checkbox"/> Mieszanki insulinowe <input type="checkbox"/> Metoda wielokrotnych wstrzyknięć insuliny <input type="checkbox"/> Metoda intensywnej czynnościowej insulinoterapii <input type="checkbox"/> Leczenie za pomocą pompy insulinowej (AWARIA)
Dawki i nazwy preparatów insuliny (Leczenie za pomocą penów) Wlew podstawowy i ustawienia kalkulatora bolusa (Awaria pompy insulinowej)	
Częstość samokontroli glikemii/dobę za pomocą glukometru	Liczba pomiarów na dobę:
Korzystanie z CGM/FGM	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> W przeszłości <input type="checkbox"/> Aktualnie
Kwasice ketonowe (oprócz rozpoznania cukrzycy)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Ile/rok?
Ciężkie hipoglikemie	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Ile/rok?
Występowanie przewlekłych powikłań cukrzycy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jakie? <input type="checkbox"/> aktualne wskazania do laseroterapii <input type="checkbox"/> brak wskazań do laseroterapii

.....
Czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

***Proszę dołączyć skierowanie do poradni diabetologicznej z dopiskiem „Refundacja osobistej pompy insulinowej < 26 r.ż.”**