

תאריך: _____

טופס בקשה לאישור קבלת מכשיר לניטור רציף של סוכר

האישורים יינתנו רק בהמלצת רופא מומחה סוכרת או רופא נשים מומחה להריון בסיכון גבוה.

שם: מכון/מרפאת הריון בסיכון/בית חולים _____

הנני מבקש לאשר ל _____ ת.ז. _____

קבלת מכשיר לקריאה רציפה של סוכר מהסיבות הבאות:

בחר את הסיבה המתאימה, צרף מכתב ותייעוד מתאים ופרט את האירועים של ההיפוגליקמיה.

ילדים הסובלים מהיפוגליקמיה כתוצאה ממחלת אגירת גליקוגן מסוג 1 . זכאות עד גיל 18

ילדים הסובלים מהיפוגליקמיה כתוצאה מהיפראינסולינמיה מולדת של הינקות. זכאות עד גיל 18.

ילדים עד גיל 18 חולי סוכרת type I

מבוגרים בני 18 ומעלה, חולי סוכרת type I הסובלים מהיפוגליקמיה לא מודעת (unawareness): שחוו לפחות 2 אירועים של היפוגליקמיה. ככלל, אירוע מתועד יוגדר כאירוע שתועד בחדר מיון או על ידי שירותי רפואת חרום כגון אמבולנס, במהלך השנה שקדמה לבקשה. יש לצרף את התייעוד המתאים (פניות למיון/שירותי רפואת חרום, או תיעוד אחר).

מבוגרים בני 18 ומעלה חולי סוכרת סוג I הסובלים מהיפוגליקמיה סימפטומטית עם תיעוד בניטור Flash או גלוקומטר או תיעוד במרפאה של 3 אירועי מדידת גלוקוז 45 מ"ג ומטה במשך 3 חודשים רצופים.

יש לצרף גם פלט נתונים ממכשיר גלוקומטר או ליברה.

נא פרט את האירועים של ההיפוגליקמיה:

מספר אירוע	תאריך	ערך גלוקוז- mg/dl	הביטוי הקליני בעת האירוע
1.			
2.			
3.			

חידוש התחייבות עבור מטופל שיש לו אישור קבוע.

נשים חולות סוכרת type I המתכננות הריון/ בהריון (הקף בעיגול), שאינן מאוזנות.

תאריך לידה (גיל האישה) _____ שבוע הריון _____

הסנסורים יינתנו לתקופה שלא תעלה על שנה וחצי: לתקופה שלפני הכניסה להריון לצורך השגת איזון, לתקופת ההריון ולתקופת משכב הלידה.

בחירת סוג המכשיר: לאחר הסבר על יתרונות של כל מכשיר (סמן V בריבוע של המכשיר הנבחר)

<u>Guardian 4 Bluet</u> <input type="checkbox"/>	<u>Guardian 3 Bluet</u> <input type="checkbox"/>	<u>Guardian Link 4 conect</u> <input type="checkbox"/>	<u>Dexcom G7</u> <input type="checkbox"/>	סמן את סוג המכשיר
רק למערכת היברידיית 780G	רק למשאבה 740G מינימד	רק למכשיר נייד חכם	למכשיר נייד או מקלט סמן במידה ונדרש מקלט <input type="checkbox"/>	אתר השידור
המערכת מבוססת על אלגוריתם חכם ומווסתת את מינוני האינסולין באופן אוטומטי ועל בסיס מדידות סוכר רציפות	מאפשר השהייה במשאבת אינסולין: • על ערך נמוך • לפני ערך נמוך	ללא	משאבת טנדם	קישור למשאבה
לא נדרש כיוול / אופציונאלי	נדרש	נדרש	ללא	צורך בכיוול
בשימוש בפאראצטמול נדרש לאמת מדידות סוכר מהאצבע			C.T. MRI בזמן ביצוע ודיאתרמיה	התוויות נגד
מגיל 7	מגיל 0	מגיל 7	מגיל שנתיים	גיל בארץ לפי אמ"ר
משדר אחד לתקופה של 18 חודש			חיישנים במכבי פארם בלבד	כמות משדרים
במכבי שנה וחצי. המשדר פועל לאורך תקופת האחריות				חיי משדר
עד שעתיים	45 דקות-שעתיים	עד שעתיים	שעתיים	זמן חימום חיישן
7 ימים			10 ימים	ימי חיישן
- צפויה גבוה / נמוך - כולל הצגת ערך		-התראה סוכר גבוה/נמוך -התראת קצב לשינוי כיוון		פירוט ההתראות
לפי התוויות החברה: ילדים בטן ועכוז ומבוגרים בטן וזרוע			בטן וזרועה עליונה מטופלים בני 2-17 שנה גם בעכוז	מקומות חיבור

- ✓ המטופל / הורים (במקרה של קטין) קיבלו הסבר והדרכה מרופא/אחות לגבי כלל החלופות העומדות לרשותם במסגרת סל מכבי כולל כל יתרונותיהם וחסרונותיהם.
- ✓ המטופל בחר במכשיר מדגם _____ והוא מודע שמכשיר זה ישמש אותו מתום תקופת ההתנסות ועד תום תקופת זכאות להחלפת מכשיר.
- ✓ המטופל זכאי למכשיר ליברה עפ"י התוויות הסל, אך מעוניין במכשיר לניטור סוכר רציף ומוותר על אישור לחיישני ליברה.
- ✓ מבוגרים בני 18-41 שקיבלו אישור למערכת היברידיית, יחוייבו בהשתתפות עצמית בגין השימוש במתכלים למכשיר ניטור סוכר רציף (סנסור). החל מ 15.09.24.

על החתום: _____ הרופא/האחות: _____
המטופל: _____