

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: מכן/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)

Guardian 4 <u>Bluet</u>	Guardian 3 <u>Bluet</u>	Guardian Link 4 <u>conect</u>	Guardian Link 3	Dexcom G6	סמן את סוג המכשיר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אתר השידור
רק למערכת היברידית 780G	רק למשאבה 740G מינימד	רק למכשיר נייד חכם	רק למשאבה 640G מינימד	למכשיר נייד או מקלט סמן במידה ונדרש מקלט <input type="checkbox"/>	קישור למשאבה
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	מאפשר השהייה במשאבת אינסולין: • על ערך נמוך • לפני ערך נמוך	משאבת טנדם	צורך בכיול
לא נדרש כיול / אופציונאלי	נדרש	נדרש	נדרש	ללא	התוויות נגד
בשימוש בפאראצטמול נדרש לאמת מדידות סוכר מהאצבע				MRI בזמן ביצוע C.T. ודיאתרמיה	גיל בארץ לפי אמ"ר
מגיל 7	מגיל 0	מגיל 7	מגיל 0	מגיל שנתיים	כמות משדרים
משדר אחד לתקופה של 18 חודש				6 משדרים	זמן חימום חיישן
עד שעתיים	45 דקות-שעתיים	עד שעתיים	45 דקות-שעתיים	שעתיים	ימי חיישן
7 ימים				10 ימים	פירוט ההתראות
<ul style="list-style-type: none"> התראה סוכר גבוה/נמוך צפויה גבוה/נמוך כולל הצגת ערך התראת קצב לשינוי כיוון 				<ul style="list-style-type: none"> חירום סוכר 55מ"ג היפו בקרוב סוכר נמוך/ גבוה עליה /ירידה מהירה אובדן אות/אין קריאות 	חיי משדר
במכבי שנה וחצי. המשדר פועל לאורך תקופת האחריות				90-110 יום	מקומות חיבור
לפי התוויות החברה: ילדים בטן ועכוז ומבוגרים בטן וזרוע				בטן וזרועה עליונה מטופלים בני 2-17 שנה גם בעכוז	

- ✓ 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.

על החתום:

הרופא/האחות: _____ המטופל: _____