

תאריך: \_\_\_\_\_

## טופס בקשה לאישור קבלת טכנולוגיה לניטור רציף של סוכר

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

שם: מכוון/מרפאת הריון בסיכון/בית חולים \_\_\_\_\_

הנני מבקש לאשר ל \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

קבלת טכנולוגיה 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 \_\_\_\_\_

**החיישנים (סנסורים) יינתנו לתקופה שלא תעלה על שנה וחצי:** לתקופה שלפני הכניסה להריון לצורך השגת איזון, לתקופת ההריון ולתקופת משכב הלידה.

בחירת סוג הטכנולוגיה: לאחר הסבר על יתרונות של כל טכנולוגיה (ממ V בריבוע של המכשיר הנבחר)

Libre 2 plus <input type="checkbox"/>	SIMPLERA SYNQ <input type="checkbox"/>	Guardian 3 <u>Bluet</u> <input type="checkbox"/>	SIMPLERA SMART MDI <input type="checkbox"/>	Dexcom G7 <input type="checkbox"/>	סמן את סוג המכשיר
רק למערכת היברידית 5 אומניפוד	רק למערכת היברידית 780G	רק למשאבה 740G מינימד	רק למכשיר נייד חכם	למכשיר נייד או מקלט סמן במידה ונדרש מקלט	אתר השידור
המערכת מבוססת על אלגוריתם חכם ומווסתת את מינוני האינסולין באופן אוטומטי ועל בסיס מדידות סוכר רציפות	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 כיול	לא נדרש כיול	נדרש כיול	לא נדרש כיול	לא נדרש כיול	צורך בכיול
MRI בזמן ביצוע MRI ודיאתרמיה C.T.	בשימוש בפאראצטמול נדרש להתייעץ עם הצוות הרפואי המטפל			MRI בזמן ביצוע MRI ודיאתרמיה C.T.	התוויות נגד
מגיל 2	מגיל 2	מגיל 0	מגיל 2	מגיל שנתיים	גיל בארץ (אמ"ר)
ללא משדר. חיישנים במכבי פארם בלבד	ללא משדר. חיישנים במכבי פארם בלבד	משדר אחד לתקופה של 18 חודש	ללא משדר. חיישנים במכבי פארם בלבד	ללא משדר. חיישנים במכבי פארם בלבד	כמות משדרים ואורך חייו
עד שעה	עד שעותיים	45 דקות-שעותיים	עד שעותיים	שעותיים	זמן חימום חיישן
15 ימים	7 ימים	7 ימים	7 ימים	10 ימים	ימי חיישן
- התראה סוכר גבוה/נמוך - כולל הצגת ערך	-התראה סוכר גבוה/נמוך - התראת קצב לשינוי כיוון - צפויה גבוה / נמוך -כולל הצגת ערך				פירוט ההתראות
החלק האחורי של הזרוע העליונה	לפי התוויות החברה: ילדים החלק האחורי של הזרוע והחלק העליון של העכוז ומבוגרים החלק האחורי של הזרוע בלבד			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 בטכנולוגיה מדגם \_\_\_\_\_ והוא מודע שטכנולוגיה זו תשמש אותו מתום תקופת ההתנסות ועד תום תקופת זכאות להחלפת הטכנולוגיה .

- ✓ המטופל זכאי למכשיר ליברה 2 (לא ליברה 2 פלוס) עפ"י התוויות הסל, אך מעוניין בטכנולוגיה לניטור סוכר רציף ומוותר על אישור לחיישני ליברה 2 (לא ליברה 2 פלוס).
- ✓ מטופלים שקיבלו התחייבות למשאבה היברידית יהיו זכאים לטכנולוגיה לניטור סוכר רציף המתחברת למשאבה ההיברידית, עד תום תקופת האחריות של המשאבה.
- ✓ מבוגרים בני 18 ומעלה שקיבלו אישור למערכת היברידית, יחוייבו בהשתתפות עצמית בגין השימוש במתכלים לטכנולוגיה ניטור סוכר רציף (חיישן / סנסור).
- ✓ מטופלים שקיבלו התחייבות ל-SIMPLERA SMART MDI, נציג החברה יספק עט חכם ובנוסף המשתמש מתחייב לשאת עמו עטי אינסולין רגילים. (יש צורך במרשם רופא)

**על החתום:**

המטופל: \_\_\_\_\_ הרופא/האחות: \_\_\_\_\_