

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: מכן/מרפאת הריון בסיכון/בית חולים _____

הנני מבקש/מבקשת 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 (סמן V בריבוע של המכשיר הנבחר)

SIMPLERA SYNQ ☐	Guardian 3 Bluet ☐	Guardian Link 4 connect ☐	Dexcom G7 ☐	סמן את סוג המכשיר
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 ומוססת 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	נדרש	נדרש	ללא	צורך בכיול
בשימוש בפאראצטמול נדרש להתייעץ עם הצוות הרפואי המטפל			MRI בזמן ביצוע ודיאתרמיה C.T.	התוויות נגד
מגיל 7	מגיל 0	מגיל 7	מגיל שנתיים	גיל בארץ (אמ"ר)
ללא משדר. חיישנים במכבי פארם בלבד	משדר אחד לתקופה של 18 חודש	משדר אחד לתקופה של 18 חודש	ללא משדר. חיישנים במכבי פארם בלבד	כמות משדרים ואורך חייו
עד שעתיים	45 דקות-שעתיים	עד שעתיים	שעתיים	זמן חימום חיישן
7 ימים	7 ימים	7 ימים	10 ימים	ימי חיישן
-התראה סוכר גבוה/נמוך - צפויה גבוה / נמוך -התראת קצב לשינוי כיוון -כולל הצגת ערך				פירוט ההתראות
לפי התוויות החברה: ילדים החלק האחורי של הזרוע והחלק העליון של הישבן 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 עפ"י התוויות הסל, אך מעוניין בטכנולוגיה לניטור סוכר רציף ומוותר על אישור לחיישני ליברה.
- ✓ 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, יחויבו בהשתתפות עצמית בגין השימוש במתכלים לטכנולוגיה ניטור סוכר רציף (חיישן / סנסור).

על החתום:

_____ הרופא/האחות: _____ המטופל: _____