

טופס בקשה לליברה בטכנולוגיית FLASH לניפוק במכבי פארם/ לאישור מרכז שירותי טכנולוגיות

הבקשה עבור חיישן ליברה ל _____ מספר זהות _____ פרטי התקשרות _____

לניפוק במכבי פארם

בכפוף להתוויות סל הבריאות:

1. עבור חולה סוכרת מסוג 1 מבוגר/ילד שאינו משתמש בניטור סוכר רציף.
 2. עבור חולה סוכרת מסוג 1 העונה על מסגרת ההכללה בסל של ניטור סוכר רציף, יהיה החולה זכאי לשימוש באחד מהשניים: ניטור סוכר רציף או טכנולוגיית Flash - לניטור סוכר.
 3. עבור חולי סוכרת מסוג 2 המטופלים באינסולין במשטר מרובה זריקות (Multiple Daily Injections), הכולל אינסולין קצר טווח, או במשאבת אינסולין, למשך של 6 חודשים לפחות.
 4. נשים עם סוכרת הריונית (Gestational Diabetes Mellitus) המטופלות באינסולין - מעת התחלת הטיפול באינסולין ועד הלידה. התחלת הטיפול תיעשה בהתאם להמלצת רופא סוכרת ו/או רופא נשים במסגרת מעקב ההריון.
 5. עבור נשים הרות עם סוכרת מסוג 2 מתחילת ההריון ועד הלידה. התחלת הטיפול תיעשה בהתאם להמלצת רופא סוכרת ו/או גורם אחר על פי החלטת מכבי.
- מטופלים העומדים בקריטריונים של הסל יהיו זכאים ל- חיישנים בחודש, ועד 26 חיישנים בשנה.

נא לסמן את האפשרות המתאימה לפי סוג הסוכרת של המטופל:

עבור מטופל עם סוכרת סוג 2:

אני מאשר/ת שהמטופל מקבל אינסולין במשטר מרובה זריקות (Multiple Daily Injections) הכולל אינסולין קצר טווח, או במשאבת אינסולין, למשך של 6 חודשים לפחות. בנוסף הנני מאשר/ת כי המטופל או ההורה/ אפטרופוס של המטופל קיבל הסבר מהצוות הרפואי על השימוש בטכנולוגיה מסוג פלאש.

חתימת הרופא/ה המטפל/ת:

ד"ר/ פרופ' _____ מומחיות _____ חותמת _____

עבור מטופל עם סוכרת סוג 1:

אני מצהיר/ה שלמטופל יש סוכרת מסוג 1 ומאשר/ת כי המטופל או ההורה/ אפטרופוס של המטופל קיבל הסבר מהצוות הרפואי על השימוש בטכנולוגיה מסוג פלאש, וכן במידה ולמטופל יש זכאות למכשיר ניטור סוכר רציף, הסבר לגבי ההבדל בינו ובין הטכנולוגיה של ניטור סוכר רציף ולגבי העובדה שהסל כולל בחירה של אחת מטכנולוגיות אלו בלבד, ובחר בשימוש בטכנולוגיה מסוג פלאש, כמפורט לעיל, וזאת לאחר קבלת הסברים אלו ולאחר שהתרשמתי כי הבין את ההסברים.

חתימת הרופא/ה המטפל/ת:

ד"ר/ פרופ' _____ מומחיות _____ חותמת _____

בחתימה על מסמך זה מאשר המטופל או ההורה/ אפטרופוס של המטופל (מתחת גיל 18) שקיבל הסבר לגבי כלל החלופות העומדות לרשותו במסגרת סל מכבי, כולל כל יתרונותיהם וחסרונותיהם. ומסכים לכך שהאישור למכשיר ולמתכלים לניטור סוכר רציף (במידה שניתן) יסתיים לאור בחירתו לעבור לשימוש בליברה.

חתימת המטופל/ הורה/ אפטרופוס _____ טלפון נייד _____

התוויות באישור מרכז אישורי טכנולוגיות:

נשים עם סוכרת הריונית (Gestational Diabetes Mellitus) המטופלות באינסולין - מעת התחלת הטיפול באינסולין ועד הלידה. התחלת הטיפול תיעשה בהתאם להמלצת רופא סוכרת ו/או רופא נשים במסגרת מעקב ההריון.

יש לצרף מכתב רפואי חתום על ידי הרופא, המציין את שבוע ההריון ופירוט הטיפול התרופתי שנוטלת המטופלת. את הטפסים והבקשה יש להקים במערכת התחייבויות לאישור מרכז אישורי טכנולוגיות - באחריות מתאמת השירות הרפואי (מש"רית).

לחולי סוכרת סוג 1 בעלי אבחנה חדשה - יש להקים את הבקשה על ידי המש"רית במערכת התחייבויות לאישור מרכז אישורי טכנולוגיות.

נשים הרות עם סוכרת מסוג 2 - מתחילת ההריון ועד הלידה. התחלת הטיפול תיעשה בהתאם להמלצת רופא מומחה בסוכרת או רופא מומחה במיילדות וגינקולוגיה במסגרת מעקב הריון. יש לצרף מכתב רפואי חתום על ידי הרופא, המציין את שבוע ההריון. את הטפסים והבקשה יש להקים במערכת התחייבויות לאישור מרכז אישורי טכנולוגיות - באחריות המש"רית.

חתימת הרופא/ה המטפל/ת:

ד"ר/ פרופ' _____ מומחיות _____ חותמת _____