

1 מתוך 2

טופס בקשה לליברה בטכנולוגיית FLASH לניפוק במכביפארם / לאישור מרכז אישורי טכנולוגיות

תאריך _____ / _____ / _____

הבקשה עבור חיישן ליברה ל _____ ת"ז _____ פרטי התקשרות _____

לניפוק במכביפארם

בכפוף להתוויות סל הבריאות:

- עבור חולה סוכרת מסוג 1 מבוגר/ילד שאינו משתמש בניטור סוכר רציף.
 - 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.
 - 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.
- התחלת הטיפול תיעשה בהתאם להמלצת רופא סוכרת ו/או גורם אחר על פי החלטת מכבי
 - מטופלים העומדים בקריטריונים של הסל יהיו זכאים ל- 2 חיישנים בחודש, ועד 26 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/אפוטרופוס של המטופל קיבל הסבר מהצוות הרפואי על השימוש בטכנולוגיה מסוג פלאש.

חתימת הרופא המטפל

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/אפוטרופוס של המטופל קיבל הסבר מהצוות הרפואי על השימוש בטכנולוגיה מסוג פלאש וכן במידה ולמטופל יש זכאות למכשיר ניטור סוכר רציף, הסבר לגבי ההבדל בינו לבין 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 המטפל

ד"ר / פרופ' _____ מומחיות _____ חותמת _____

בחתימה על מסמך זה מאשר המטופל או ההורה/אפוטרופוס 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 וניתן) יסתיים לאור בחירתו לעבור לשימוש בליברה.

חתימת המטופל/הורה/אפוטרופוס _____ 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 ההיריון.
- 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 המשרית.
- לחולי סוכרת סוג 1 בעלי אבחנה חדשה - יש להקים את הבקשה על ידי המשרית במערכת התחייבויות לאישור מרכז אישורי טכנולוגיות.

חתימת הרופא המטפל

ד"ר / פרופ' _____ מומחיות _____ חותמת _____