

Da compilarsi a cura del Sanitario che propone il paziente per la presa in carico

DATI PAZIENTE:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Comune _____

Telefono _____ Email _____

Caregiver _____ Cellulare _____

Medico di Medicina Generale _____

Cellulare _____ Email _____

Esenzione ticket _____

DIAGNOSI/PATOLOGIE: (cuore - nervi - occhio - piede - rene - tiroide - vasi cerebrali - vasi periferici - altro)

TERAPIA IN ATTO: (pasto - farmaco - posologia - note - frequenza - altro)

TIPOLOGIA MONITORAGGIO GLICEMICO:

Un controllo prima e dopo un solo pasto ogni 8 giorni, alternando i pasti

Un controllo prima e dopo un solo pasto ogni 2 giorni, alternando i pasti

Un controllo prima di colazione, pranzo, cena e due ore dopo cena

Un controllo prima e dopo colazione, pranzo e cena

Azienda Socio-sanitaria Locale n. 3 di Nuoro

Sede Legale

Via Demurtas, 1

CAP 08100, Nuoro (NU)

www.asl3nuoro.it

C.F. 01620480911

direzione.generale@asl3nuoro.it

protocollo@pec.asl3nuoro.it

LIVELLI DI RISCHIO E KIT				
	Livello 1 – Intensità Basso	Livello 2 – Intensità Media	Livello 3 – Intensità Alta	Livello 4 – Intensità Molto alta
Criteri di inclusione e clinici	Pazienti con diabete tipo 2 compensato (HbA1c < 7%) trattati con sola dieta, ADO e/o GLP1-RA Assenza di complicanze croniche Assenza di comorbidità significative (scompenso cardiaco, IRC, BPCO, neoplasie etc)	Pazienti con diabete tipo 2 in compenso non ottimale (HbA1c tra 7% e 9%) trattati con ADO e/o GLP1-RA Pazienti con diabete tipo 2 compensato (HbA1c < 7%) trattati con sola dieta, ADO o GLP1-RA con complicanze croniche e/o comorbidità significative (scompenso cardiaco, IRC, BPCO, neoplasie etc) in fase di stabilità	Pazienti con diabete tipo 2 scompensato (HbA1c > 9%) in terapia insulinica esclusiva o associata ad ADO e/o GLP1-RA Pazienti con diabete tipo 1 in terapia insulinica multiiniettiva compensato (HbA1c < 7%) Pazienti con GDM Assenza di complicanze croniche Assenza di comorbidità significative (scompenso cardiaco, IRC, BPCO, neoplasie etc) Pazienti di nuova diagnosi	Pazienti con diabete tipo 2 scompensato (HbA1c > 9%) in terapia insulinica esclusiva o associata ad ADO e/o GLP1-RA in presenza di complicanze croniche e/o comorbidità significative (scompenso cardiaco, IRC, BPCO, neoplasie, decadimento cognitivo, severo deficit del visus, limitazioni funzionali a carico delle mani etc) Pazienti con diabete tipo 1 scompensato (HbA1c > 9%) o in terapia con microinfusore con o senza complicanze o comorbidità
Frequenza e tipologia di misurazioni	Monitoraggio glicemico come da prescrizione specialistica o PDTA Rilevazione settimanale di PA e peso corporeo Visita diabetologica ogni 12 mesi Controllo OOF ogni 24 mesi ECG ogni due anni Valutazione annuale di esami ematochimici di routine (glicemia, HbA1c, creatinina, microalbuminuria su campione di urine spot, uricemia, profilo lipidico, AST, ALT, gamma GT)	Monitoraggio glicemico come da prescrizione specialistica o PDTA Rilevazione settimanale di PA e peso corporeo Visita diabetologica ogni 6 mesi Controllo OOF ogni 24 mesi se assenza di RD Controllo OOF secondo indicazione oculistica in presenza di RD In assenza di cardiopatie ECG ogni due anni In presenza di cardiopatia visita cardiologica + ECG secondo PDTA Esecuzione semestrale di glicemia, HbA1c, creatinina Esecuzione annuale di microalbuminuria su campione di urine spot, uricemia, profilo lipidico, AST, ALT, gamma GT)	Monitoraggio glicemico come da prescrizione specialistica o PDTA Rilevazione settimanale di PA e peso corporeo Visita diabetologica ogni 3-6 mesi Controllo OOF ogni 24 mesi se assenza di RD Controllo OOF secondo indicazione oculistica in presenza di RD In assenza di cardiopatie ECG ogni due anni In presenza di cardiopatia visita cardiologica + ECG secondo PDTA cardiopatia o valutazione specialistica Esecuzione esami ematochimici secondo prescrizione specialistica	Monitoraggio glicemico come da prescrizione specialistica o PDTA Rilevazione settimanale di PA e peso corporeo Visita diabetologica secondo prescrizione specialistica Controllo OOF ogni 24 mesi se assenza di RD Controllo OOF secondo indicazione oculistica in presenza di RD In assenza di cardiopatie ECG ogni due anni In presenza di cardiopatia visita cardiologica + ECG secondo PDTA cardiopatia o valutazione specialistica Esecuzione esami ematochimici secondo prescrizione specialistica
Smartphone	X	X	X	X
Glucometro FGM/CGM	X	X	X	X
Sfigmomanometro	X	X	X	X
Saturimetro		X come da prescrizione pneumologica se BPCO		X se BPCO
Bilancia	X	X	X	X
Contapassi	X	X	X	X Come da prescrizione diabetologica
Termometro				X

Livello di monitoraggio _____

Telemonitoraggio _____

Usual Care _____

Dispositivi in possesso del paziente:

Bilancia

Saturimetro

Sfigmomanometro

Termometro

Note: _____

SANITARIO: _____ Firma e timbro _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali secondo Reg.(UE) 2016/679 - Reg. generale sulla protezione dei dati personali e del Codice della Privacy (D.lgs 196/2003), per assolvere alle finalità di cura e garantire continuità assistenziale lungo tutto il percorso di presa in carico. Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera che rilascia il presente certificato/referto/documento.

Luogo e data _____

 La presente scheda deve pervenire alla COT al seguente indirizzo email: arruolamento.cot@aslnuoro.it
Azienda Socio-sanitaria Locale n. 3 di Nuoro

Sede Legale

Via Demurtas, 1

CAP 08100, Nuoro (NU)

www.asl3nuoro.it

C.F. 01620480911

direzione.generale@aslnuoro.it
protocollo@pec.aslnuoro.it