

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРЕДПИСВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ИНСУЛИНОВИ ПОМПИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 1

Име:	ЕГН										
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение.

А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ (необходимо е наличие на 5 от критериите, като е задължително наличието на критерии 1, 2, 3 и 8):

МКБ E10.2, E10.3, E10.4, E10.5 и E10.9	
1	Потвърдена диагноза захарен диабет тип 1 ¹
2	Провеждане на интензифицирана терапия с инсулинови аналози с поне 4 приложения за денонощие ¹
3	Чести и непредвидими, вкл. тежки дневни и/или нощни хипогликемии ²
4	Висока кръвна захар сутрин на гладно / наличие на "феномен на зората" ²
5	Лош гликемичен контрол - HbA _{1c} ≥ 8.5% (под 18-годишна възраст HbA _{1c} ≥ 7.5%) ³
6	Деца под 6 годишна възраст ¹
7	Бременност/планирана бременност и поддържане на трайно високо ниво на HbA _{1c} ≥ 7.0% ⁴
8	Липса на изключващи критерии по т. В ⁵

¹ медицинска документация за хода на заболяването и провежданата терапия, удостоверяваща типа на захарния диабет, копие от действащ заверен в РЗОК протокол.

² дневник за самоконтрол на болния, заверен от лекуващия ендокринолог (приложение 4)

³ оригинална бланка от лабораторно изследване с подпис и печат на лекаря и ЛЗ или заверено копие (в случай, че е вписано в епикриза с давност до 1 месец преди кандидатстването не е необходимо представянето на лабораторна бланка)

⁴ задължително се предоставя медицинска документация от АГ специалист за потвърдена бременност или медицинска документация за провеждане на процедура/и за забременяване инвитро

⁵ задължително се удостоверява с подписите на специалистите, членове на специализираната комисия

Б. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ (необходимо е наличие на 4 от критериите, като е задължително наличието на критерии 1, 2 и 6):

МКБ E10.2, E10.3, E10.4, E10.5 и E10.9	
1	Провеждане на лечение с инсулинова помпа за период над 6 месеца /след поставяне на инсулиновата помпа/ ¹
2	Намаляване/липса на дневни и/или нощни хипогликемии ²
3	Снижение на кръвната захар на гладно/липса на "феномен на зората" ²
4	Подобрение на гликемичния контрол, оценен чрез снижение на HbA _{1c} ^{3,4}
5	Бременност/планирана бременност и снижение на HbA _{1c} ^{5,6}
6	Липса на изключващи критерии по т. В ⁷

¹ медицинска документация за хода на заболяването и провежданата терапия

² дневник за самоконтрол на болния, заверен от лекуващия ендокринолог (приложение 4) и разпечатка на данни от запазени резултати /ако използваният модел инсулинова помпа позволява/

³ оригинална бланка от лабораторно изследване с подпис и печат на лекаря и ЛЗ или заверено копие (в случай, че е вписано в епикриза с давност до 1 месец преди кандидатстването не е необходимо представянето на лабораторна бланка).



⁴ при достигане на трайни стойности на $HbA_{1c} < 7.0\%$ критерият не се прилага, като се отбелязва в решението на специализираната комисията

⁵ задължително се предоставя медицинска документация от АГ специалист за потвърдена бременност или медицинска документация за провеждане на процедура/и за забременяване – извадка от диспансерното досие, издадена от наблюдаващия СИМП (АГ), с вписана кратка анамнеза, срок на бременността, термин на раждане, копие от карта за профилактика на бременността.

⁶ След раждане или преустановяване на процедурите за забременяване, специализираната комисия извършва преценка на необходимостта от продължаване на провежданата терапия с инсулинова помпа.

⁷ задължително се удостоверява с подписите на специалистите, членове на специализираната комисия

В. ИСКЛЮЧАЩИ КРИТЕРИИ (при започване и при продължаване на лечението)

1. Захарен диабет тип 1 с давност под 6 месеца
2. По-малко от 1 месец от поставяне на помпата (не важи в случаите на планиране и по време на бременност)
3. Прекъсване на терапията с инсулинова помпа за период от 2 и повече месеца.
4. Наличие на психологически проблеми или психично заболяване
5. Липса на адекватна комуникация с лекуващия екип
6. Чести хоспитализации по повод на декомпенсиран захарен диабет

Забележка: липсата на изключващи критерии се удостоверява с подпис на специалистите в настоящото приложение.

Г. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ СЪС СПЕЦИАЛИЗИРАНИ КОМИСИИ

1. УБАЛ следва да разполага със специализирана клиника по ендокринология при наличие на добре подготвен за работа с инсулинови помпи персонал от лекари и медицински сестри.

2. Обучение, назначаване, стартиране и проследяване на терапията с инсулинови помпи се извършва от ендокринологи, работещи по договор със съответната УБАЛ, с опит за извършване на дейността.

3. Членовете на специализираните комисии носят отговорност за подбора на пациентите, за които издават решение както по отношение на медицинските критерии, така и по отношение на възможността им за адекватно, осъзнато и отговорно поведение и отношение към провежданата терапия.

3. Лечебното заведение следва задължително да открие 24-часова телефонна връзка за оказване на помощ и консултация при възникване на спешна ситуация.

4. При издаване на решение и протокол от специализираната комисия за провеждане на терапия с инсулинова помпа, следва да бъде извършена преценка на провежданата интензифицирана терапия с инсулинови анализи, като *преоценката* се вписва в решението.

5. При заверка на протокола в НЗОК/РЗОК следва да се издаде нов протокол, съобразно експертното решение. Протокол за базален инсулинов аналог се издава в хода на лечението с инсулинова помпа, като дозата трябва да е съответно адаптирана от наблюдаващия ендокринолог.

Отговаря на критериите за лечението с

подписи на специалистите от специализираната комисия:.....

