

OBRAZAC* za inzulinske pumpe i druge uređaje za isporuku inzulina – DJECA

PROPISTANO POMAGALO

Šifra pomagala	Zaštićeni naziv pomagala	Označiti (x)
041924010101	Medtronic MiniMed 640G	
041924011101	Medtronic MiniMed 780G	
041924021201	Omnipod DASH Startni set	

PRVA PRIMJENA	Označiti (x)
NASTAVNA PRIMJENA	

Podaci o osiguranoj osobi	
Ime i prezime	
MBO ili OIB	
Datum rođenja	

Podaci o liječniku koji je propisao pomagalo	
Ime i prezime	
Šifra liječnika	
Zdravstvena ustanova	

PRVA PRIMJENA – minimalno potrebna dokumentacija:	Označiti (x)
<input type="checkbox"/> Prethodne dvije Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s podacima: - laboratorijski nalazi na osnovu kojih je postavljena dijagnoza šećerne bolesti tip 1 - duljina trajanja bolesti - vrsta inzulinske terapije - vrijednosti prethodna dva mjerjenja HbA1c i/ili TIR, TBR i TAR prema uređaju za intermitentno skeniranje glikemije ili kontinuirano mjerjenje glikemije	
<input type="checkbox"/> Ispis AGP izvješća (s podacima od najmanje 14 dana) ili podaci iz dnevnika samokontrole osigurane osobe (s podacima o mjerjenjima glikemije glukometrom i dozama inzulina od najmanje 14 dana)	
<input type="checkbox"/> Izjava roditelja/skrbnika osigurane osobe	
Osigurana osoba već koristi ili će koristiti uz inzulinsku pumpu uređaj za kontinuirano mjerjenje glikemije	DA – NE zaokružiti

NASTAVNA PRIMJENA – minimalno potrebna dokumentacija:	
Tip/model postojeće pumpe	
Datum postavljanja postojeće pumpe	
Ocjena funkcionalnosti	
<input type="checkbox"/> Označiti (x)	
<input type="checkbox"/> Prethodne dvije Povijesti bolesti nadležnog dijabetologa, s vidljivim redovitim kontrolama unazad 6 mjeseci od postavljanja indikacije iz kojih je vidljivo kako osigurana osoba koristi pumpu prema uputama	
<input type="checkbox"/> Izjava roditelja/skrbnika osigurane osobe	

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE – STRUČNO POVJERENSTVO

POZITIVNO mišljenje Stručnog povjerenstva

potpis člana Povjerenstva

potpis člana Povjerenstva

potpis člana Povjerenstva

potrebna dopuna dokumentacije

(upisati dokumentaciju koju je potrebno dodatno dostaviti)

potpis člana Povjerenstva koji je zatražio dopunu

NEGATIVNO mišljenje Stručnog povjerenstva

(obrazložiti razlog negativnog mišljenja o opravdanosti primjene pomagala)

potpis člana Povjerenstva

potpis člana Povjerenstva

potpis člana Povjerenstva

* interni obrazac Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za pomoć u radu Stručnog povjerenstva