



Protokol o kontrole liečby pacienta s DM pri používaní systémov CGM / FGM

Navrhujúce zdravotnícke zariadenie

Názov:

Ulica, obec, PSČ:

Ošetrojúci lekár

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Kód poskytovateľa:

Telefón:

E-mail:

Poistenec

Meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo:

Ulica, obec, PSČ:

Telefón:

E-mail:

Systém merania hladiny glukózy:

Dátum začatia používania systému CGM / FGM :

Hodnota HbA1c pred používaním systému:

Kontrola po roku liečby

Aktuálna hodnota HbA1c:

Zhodnotenie liečby:

Adherencia pacienta k liečbe:

CGM – využitie min. 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku ÁNO NIE

FGM – používanie minimálne 8 skenov za deň ÁNO NIE

Medicínsky benefit v súlade s platným indikačným obmedzením:

pokles hladiny HbA1c o 10 %, alebo ÁNO NIE

pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémií o 30 %, alebo ÁNO NIE

stabilizácia dobrej kompenzácie (HbA1c < 7,5% DCCT), ÁNO NIE

zlepšenie variability ÁNO NIE

Dátum:

.....
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára
podpis a pečiatka