



CAS BRAILA

ROMÂNIA
C.N.A.S.
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A JUDEȚULUI BRAILA

Str. Roșiorilor, nr. 395, 810008 Brăila

Nr. ANSPDC 243

Tel: 0239 - 627700, 627701, 627808

Nr.: 7783 data 14. MAR. 2023

Fax: 0239 - 627800

e-mail: casbr@casbr.ro

IN ATENȚIA ASIGURAȚILOR / FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE- MEDICI PRESCRIPTORI, SPECIALITATEA DIABET, NUTRIȚIE și BOLI METABOLICE referitor la obținerea aprobării de DISPOZITIVE MEDICALE SPECIFICE DIN CADRUL PROGRAMULUI NAȚIONAL DE DIABET ZAHARAT: Pompe de Insulină, Sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, Sisteme de monitorizare continuă a glicemiei

Având în vedere Ordinul CNAS nr. 180/30.03.2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, va informam ca **incepand cu data de 01 APRILIE 2022** Pompele de Insulină, Sistemele de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, Sistemele de monitorizare continuă a glicemiei se vor acorda conform Art. 34, lit. d-h din Ordinul de mai sus.

„Montarea dispozitivelor medicale specifice se face la recomandarea medicului de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, aflat într-o relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care monitorizează bolnavul, pe baza unui referat medical care cuprinde date despre bolnav precum și îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru sistemul recomandat (anexa 14 anexata).

Medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medic cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice din unitatea sanitară care derulează aceste activități, în baza referatului medical, programează bolnavul pentru evaluare în vederea acordării dispozitivelor specifice.”

Unitatile sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu CAS BRAILA:
SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRAILA.

Director General
Dr. Nedelcu Camelia



ANEXA 14
la Normele tehnice

REFERAT MEDICAL

Subsemnatul(a), dr., în calitate de medic curant, specialist în
....., recomand inițierea terapiei cu:

- sistem de monitorizare continuă a glicemiei
 pompe de insulină
 pompe de insulină cu senzor de monitorizare continuă a glicemiei

pentru bolnavul

(nume și prenume, CNP [.....]),

Bolnavul îndeplinește criteriile de eligibilitate pentru acordarea și montarea dispozitivelor medicale specifice diabetului zaharat, recomandate, prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:

Motive medicale (criterii de eligibilitate îndeplinite):

.....
.....

Diagnostic Bolnavul se află în evidența noastră din
anul, având în prezent următoarea terapie de fond:

.....
.....

Data

Medic curant,

(semnătura și parafa)

Datele de contact ale medicului curant

Telefon

Email

Semnătura bolnavului

ANEXA 15
la normele tehnice

CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL BOLNAVULUI CU DIABET ZAHARAT

Subsemnata/ul.....

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr., bl., sc., et., ap.,
sector.....,localitatea.....,județul.....,telefon.....,
având diagnosticul sunt de acord să urmez tratamentul cu

INSULINA:

Precum și

- utilizarea sistemului de monitorizare continuă a glicemiei
- utilizarea pompei de insulină
- utilizarea sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

1. Am fost informat/ă asupra conținutului, importanței și consecințelor administrării acestei terapii.

2. Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

3. Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului, să răspund la întrebări și să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei, inclusiv alergiile.

4. Pentru situația în care decid să renunț la tratamentul prin sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, mă oblig să le returnez, împreună cu consumabilele sigilate, în stare bună de funcționare, la unitatea sanitară care mi le-a acordat.

5. Am fost informat și accept criteriile de întrerupere a tratamentului cu sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei.

6. Am preluat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei cu seria/seriile

Nr.

Nr.

Nr.

Medicul specialist care a inițiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

.....

Unitatea sanitară unde s-a inițiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

.....
Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit.

1. Ați discutat cu medicul curant despre sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile utilizării sistemului de monitorizare continuă a glicemiei/pompei de insulină/sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

3. Sunteți de acord să utilizați sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

Data

Semnătura bolnavului

Părinte / Tutore

Semnătura medicului care a eliberat dispozitivul/dispozitivele.....

Prelucrarea datelor cu caracter personal, se realizează în conformitate cu prevederile regulamentului (UE)nr. 679/2016 și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.