



Str. Roșiorilor, nr. 395, 810008 Brăila

Nr.: 36978 data 14/DEC/2018

ROMÂNIA
C.N.A.S.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
A JUDEȚULUI BRĂILA

Nr. ANSPDC 243

Tel: 0239 - 627700, 627701, 627808
Fax: 0239 - 627800
e-mail: casbr@casbr.ro

ANUNȚ IMPORTANT

In atentia

- MEDICILOR PRESCRIPTORI, SPECIALITATEA DIABET, NUTRIȚIE si BOLI METABOLICE
- ASIGURAȚILOR - PACIENTI cu DIABET ZAHARAT

INFORMARE GENERALĂ
REFERITOR LA
DEPUNEREA DOSARULUI PENTRU DISPOZITIVE SPECIALE
MEDICALE DIN CADRUL PROGRAMULUI NATIONAL DE DIABET:

Pompe de Insulină

Sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei
Sisteme de monitorizare continuă a glicemiei

Dosarele pacienților se depun la C.A.S.Braila , Serviciul Medical, în dublu exemplar.

Conținutul dosarului:

- *Referat de Justificare* (Anexa 11 la Ordinul nr. 245/31.03.2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018), *completat de medicul curant, specialitatea diabet, nutriție și boli metabolice, semnat, parafat și cu stampila unitatii sanitare emitente - (original+copie);*

- *Consumămantul scris* al pacientului cu diabet zaharat, *completat de pacient/tutore sau părinte - (Anexa 12^A3 la Ordinul nr. 245/31.03.2017), (original+copie);*

- *C.I. ptr adulți / CERTIFICAT NAȘTERE ptr. minori - (copii)*

- *Documente medicale*, care să justifice îndeplinirea criteriilor de eligibilitate pentru a beneficia de dispozitivele medicale specifice - *(copii).*

După înregistrarea lor la C.AS.Braila, dosarele pacienților vor fi trimise către Comisiile pentru tratamentul tulburărilor de nutriție și metabolism din centrul metodologic regional Bucuresti, conform prevederilor legale și arondarii, respectiv:

- La Spitalul Elias - **dosarele ptr. copii, atât din județele arondate cât și ale medicilor curanți din București**,
- La Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" - **dosarele ptr. adulți, atât din județele arondate cât și ale medicilor curanți din București**,

unde vor fi analizate de către comisiile de evaluare.

ATRIBUTILE COMISIEI DE EVALUARE A CENTRULUI METODOLOGIC REGIONAL sunt următoarele:

- Primește **dosarele** de la medicii din București și județele arondate, prin intermediul CJAS sau CASMB
- *Verifică respectarea criteriilor de eligibilitate, realizează prioritizarea conform criteriilor de prioritizare, respectă criteriile de intrerupere, conform Ordinului nr. 1328/27.09.2018 privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 și 2018, aprobată prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.245/31.03.2017)*
- **Aprobă Referatele** de justificare în limita fondurilor disponibile
- Emite **Decizia** în baza căreia se realizează **includerea în program**,
- Programăază **montarea și eliberarea dispozitivelor medicale specifice**
- **Transmite o copie a deciziei CJAS-ului arondat** (ptr. medicii aflati în relație contractuală cu CJAS) + o copie CASMB (ptr. pacienții din București) + o copie medicului curant
- **Este informat referitor la Decizia de intrerupere** a utilizării dispozitivelor de către medicul curant
- **Soluționează contestațiile** la deciziile de intrerupere a utilizării dispozitivelor. monitorizează semestrial eficiența derulării programului pe baza raportărilor primite de la medicul diabetolog/atestat

ATRIBUTIILE MEDICULUI CURANT DIABETOLOG/ATESTAT

- Emite referatul de justificare ptr. montarea dispozitivelor medicale
- Întocmește dosarul medical - documente medicale justificative + Referat Justificare + consimțământul scris al pacientului
- Respectă criteriile de eligibilitate + criteriile de întrerupere a utilizării dispozitivelor , conform *Ordinului nr.1328/27.09.2018privind modificarea si completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2017 si 2018, aprobată prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.245/31.03.2017)*
- Transmite dosarul la CJAS cu care se află în relație contractuală
- Primește Decizia de aprobare
- Prescrie în continuare materialele consumabile - aceasta se realizează în baza deciziei de includere în program, pentru o perioadă de 3 luni
- Monitorizează pacientul
- Instruiește pacientul - privind tehnica de administrare a insulinei și modalitatea de utilizare a seringii sau penului
- Decide întreruperea utilizării dispozitivelor
- Transmite decizia de întrerupere la nivelul Comisiei Centrului Regional care a emis Decizia de aprobare
- Raportează Comisiei de evaluare a Centrului Metodologic Regional unde este luat în evidență bolnavul.

Anexam la prezenta , formularele- model de referat de justificare si de consimtamant scris al pacientului cu diabet zaharat , prevazute in Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/31.03.2017.

**PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL
DR. NEDELCU CAMELIA**

**MEDIC SEF
DR. CRUCERU SILVIA**

ANEXA 11

Spitalul
Sectia/Ambulatoriul

Către:

*În atenția
Comisiei regionale pentru Programul național de diabet zaharat*

REFERAT DE JUSTIFICARE

Subsemnatul(a), dr., în calitate de medic curant, specialist în, solicit aprobarea inițierii terapiei cu infuzie subcutanată (pompă) de insulină/sistem de monitorizare continuă a glicemiei, pentru pacientul

Pacientul îndeplinește criteriile obligatorii pentru includere și se află în evidența noastră cu diagnosticul din anul, având în prezent următoarea terapie de fond:

Motive medicale:

Data
Medic curant,
(semnătura și parafă)

ANEXA 12^3
la Normele tehnice

CONSUMĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Subsemnatul(a)

CNP: [REDACTAT],
domiciliat(ă) în str., nr., bl., sc., et., ap., sector,
localitatea, județul, telefon, având diagnosticul sunt de
acord să urmez tratamentul cu

INSULINĂ:,
precum și

monitorizare glicemică continuă;
 utilizarea pompei de insulină fără sistem de monitorizare
glicemică;

utilizarea pompei de insulină cu sistem de monitorizare
glicemică inclus.

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 pompa de insulină
și/sau la sistemul de monitorizare glicemică continuă, mă oblig să le returnez,
împreună cu consumabilele nefolosite, în stare bună de funcționare, la centrul
regional.

5. Am fost informat și accept criteriile de întrerupere a tratamentului cu pompă
de insulină și/sau sistemul de monitorizare glicemică continuă.

6. Am preluat pompa de insulină/setul de monitorizare glicemică
continuă/pompa cu sistem de monitorizare glicemică inclus cu seria/seriile nr.
.....

nr.

Medicul specialist care a inițiat tratamentul/sistemul de monitorizare

.....
Unitatea sanitară unde s-a inițiat tratamentul/sistemul de monitorizare

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

1. Ați discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care îl veți urma/sistemul
de monitorizare?

DA/NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile acestui tratament/sistem de monitorizare?

DA/NU

3. Sunteți de acord să urmați acest tratament/sistem de monitorizare?

DA/NU

Data

Semnătura pacientului 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.