|  |
| --- |
| **AANVRAAG AAN DE ADVISEREND ARTS VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING OM TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIR ZORGPROGRAMMA VOOR DIABETESZELFREGULATIE BIJ KINDEREN JONGER DAN 18 JAAR 1** |

**IN TE VULLEN DOOR EEN OUDER OF VOOGD VAN EEN PATIENT DIE WORDT OPGEVOLGD DOOR EEN GESPECIALISEERDE ZIEKENHUISDIENST VOOR DIABETISCHE KINDEREN EN ADOLESCENTEN**

 kleefbriefje van de rechthebbende aanbrengen a.u.b.

|  |
| --- |
|  |

**Ondergetekende**

**……………………………………………………. (naam en voornaam)**

Kruis aan wat van toepassing is:

[ ]  vraagt een tegemoetkoming aan in de kosten van het aan zijn of haar kind voorgeschreven multidisciplinair zorgprogramma en engageert zich om zijn of haar kind dit zorgprogramma te laten volgen.

[ ]  verklaart dat zijn of haar kind jonger is dan 18 jaar.

Datum van aanvraag:……../………/…………..

Handtekening van de ouder of voogd:

# IN TE VULLEN DOOR DE GESPECIALISEERDE ZIEKENHUISDIENST VOOR DIABETISCHE KINDEREN EN ADOLESCENTEN

**Identificatie van de gespecialiseerde geconventioneerde ziekenhuisdienst:**

Nummer : 7.86.7 . . . . . . Naam en adres :

 Naam en telefoonnummer van de contactpersoon :

Voor de hierboven vermelde rechthebbende wordt een multidisciplinair zorgprogramma voorgeschreven van ………./………/……….. tot en met ………/………/…………..

1 Formulier te gebruiken vanaf 1/1/2021

KLINISCH – ANAMNESTISCHE GEGEVENS

De hierboven vermelde rechthebbende2

[ ]  lijdt aan type 1 diabetes

☐ lijdt aan mucoviscidose, behandeld met insuline of andere injecteerbare glucoseverlagende middelen

☐ lijdt aan monogene diabetes (MODY, mitochondriale of neonatale diabetes) en heeft voor zijn diabetesregulatie nood aan een complexe insulinetherapie (ofwel insulinepomp, ofwel 3 of meer injecties van insuline en/of andere injecteerbare glucoseverlagende middelen per etmaal);

[ ]  vertoont organische hypoglycemieën (tengevolge van bv. nesidioblastose of insulinoom) en kampt met aanhoudende ernstige hypoglycemieën waarvoor regelmatig hulp van derden noodzakelijk en/of oproep van ambulance en/of hospitalisatie nodig is

[ ]  vertoont een quasi volledig verlies van de endocriene pancreasfunctie (bijvoorbeeld na pancreatectomie of bij chronische pancreatitis) en heeft voor zijn diabetesregulatie nood aan een complexe insulinetherapie (ofwel insulinepomp, ofwel 3 of meer injecties van insuline)

[ ]  lijdt type 2 diabetes of een andere vorm van diabetes

**Jaar** waarin de voormelde aandoening is ontstaan (jaar van de 1ste insuline-injectie) ……………………………….

Het betreft hier een rechthebbende die reeds zelfregulatie deed voor de begindatum van de in deze aanvraag voorgeschreven periode:2

 [ ]  Neen: [ ]  nieuwe diagnose (nieuw ontdekte diabetes)

 [ ]  nieuw in een overeenkomst

 [ ]  Ja: [ ]  in het kader van de overeenkomst van het ziekenhuis

 [ ]  in het kader van een overeenkomst van een ander ziekenhuis

Aantal **insuline-injecties per dag** (toegediend voor de raadpleging voor onderhavig voorschrift)2 :

 [ ]  nog niet behandeld met insuline-injecties

 [ ]  1

 [ ]  2

 [ ]  3

 [ ]  ≥4

 [ ]  insulinepomp

**Voorgeschreven insuline per 24 uur3**

[ ]  Vlugwerkende insulines

[ ]  Insulines met intermediaire werkingsduur

[ ]  Traagwerkende insulines

[ ]  Ultralangwerkende insuline

**Aantal ernstige hypoglycemieën** gedurende de twaalf maanden voorafgaand aan de begindatum van de in deze aanvraag voorgeschreven periode (t.t.z. met bewustzijnsverlies/aanvallen waarvoor de tussenkomst van een derde noodzakelijk was): …..

**Aantal hospitalisaties** van 24 uur of meer wegens diabetes gedurende 12 maanden voorafgaand aan de begindatum van de in deze aanvraag voorgeschreven periode: …..

**Laatste HbA1c-waarde** in het bezit van de arts op het ogenblik van onderhavig voorschrift

 Datum ………/………../………….. Gemeten waarde: …….,…….. (HbA1c referentiewaarde: ………………….)

**Aantal gedane glycemiecontroles** gedurende de voorbije maand (maand………………….. jaar ……………..): ……….

**Aantal gedane glucosuriezelfbepalingen** gedurende de voorbije maand (maand………………….jaar ………):…….…..

2 Kruis aan wat van toepassing is.

3 Meerdere keuzes zijn mogelijk.

VOORGESCHREVEN ZELFCONTROLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SYSTEMATISCH** | **ENKEL BIJ PROBLEMEN** | **NOOIT** |
| Glycemie |  |  |  |
| Glucosurie |  |  |  |

Goedkeuring van deze aanvraag impliceert automatisch goedkeuring voor glycemiebepaling via vingerpriktest of via sensor-meting, voor de aflevering van een draagbare insulinepomp of niet én voor de verplaatsingsonkosten voor bezoeken in de leefomgeving van de rechthebbende.

Naam, handtekening van de pediater van het geconventioneerd diabetesteam en datum:

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Namen van de **andere** in de behandeling van de diabetes van de rechthebbende actief betrokken **artsen**:

• Artsen-specialisten : …………………………………………………………………………………………………………

• Huisarts :……………………………………………………………………………………………………………………...

BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS

 **Datum van ontvangst van deze aanvraag**: ……../……../…………...

 **Beslissing van de adviserend arts2**:

[ ]  Gunstig voor opvolging in het programma

[ ]  Ongunstig voor opvolging in het programma omdat:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  Andere: …………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Identificatie en handtekening van de adviserend arts en datum van de beslissing:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..