|  |
| --- |
| **DEMANDE D’INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L’ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D’AUTOGESTION DIABETIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS 1** |

**A REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR D’UN PATIENT DE MOINS DE 18 ANS QUI EST SUIVI PAR UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DIABETIQUES**

 Apposer vignette du bénéficiaire SVP

|  |
| --- |
|  |

**Le/la souligné/e**

**………………………………………………….………... (nom et prénom)**

Cocher ce qui convient :

[ ]  demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui a été prescrit à son enfant et s’engage à le laisser suivre ce programme de soins.

[ ]  déclare que son enfant a moins de 18 ans.

Date de la demande:……../………/…………..

Signature du parent ou du tuteur:

# A REMPLIR PAR LE SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DIABETIQUES

**Identification du service hospitalier spécialisé conventionné :**

Numéro : 7.86.7. . . . . . . Nom et adresse :

 Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit du ………./………/……….. au ………/………/………….. inclus.

1 Formulaire à utiliser à partir du 1/1/2021

DONNEES CLINIQUES ET D’ANAMNESE

Le bénéficiaire susmentionné : 2

[ ]  souffre de diabète de type 1

[ ]  souffre de mucoviscidose traité par insuline ou autres antidiabétiques injectables

[ ]  souffre de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou diabète néonatal) et a besoin, pour l’autogestion de son diabète, d’une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d’insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère)

[ ]  présente des hypoglycémies organiques (à la suite d’une nésidioblastose ou d’un insulinome par exemple) et souffre d’hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l’aide d’un tiers et/ou pour lequel il est fait appel à une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire

[ ]  présente une perte quasi-totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie ou en cas de pancréatite chronique) et a besoin, pour l’autogestion de son diabète, d’une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d’une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d’insuline)

☐ souffre de diabète de type 2 ou d’une autre forme de diabète

**Année** durant laquelle l’affection susmentionnée est apparue (année de la 1ère injection d’insuline) : ……………………………….

Il s’agit ici d’un bénéficiaire qui faisait déjà de l’autogestion avant le date du début de la période prescrite dans cette demande2

 [ ]  Non: [ ]  nouveau diagnostic (diabète récemment découvert)

 [ ]  nouveau dans la convention

 [ ]  Oui: [ ]  dans le cadre de la convention de l’hôpital

 [ ]  dans le cadre de la convention d’un autre hôpital

Nombre **d’injections d’insuline par jour** (administrées la veille de la présente prescription)2 :

 [ ]  pas encore traité par insuline

 [ ]  1

 [ ]  2

 [ ]  3

 [ ]  ≥ 4

 [ ]  pompe à insuline

**Insuline prescrite par 24 heures 3**

[ ]  Insulines à action rapide

[ ]  Insulines semi-lentes

[ ]  Insulines retards

[ ]  Insulines à durée d’action ultra longue

**Nombre d’hypoglycémies graves** pendant les 12 mois précédant la date du début de la période prescrite dans cette demande (c.à.d. avec pertes de connaissance/ crises nécessitant l’intervention d’un tiers) : ………

**Nombre d’hospitalisations** de 24 heures ou plus résultant du diabète pendant les 12 mois précédant la date du début de la période prescrite dans cette demande: ………..

**Dernière valeur Hb A1c en possession du médecin au moment de la présente prescription**

 Date ………/………../………….. Valeur mesurée: …….,…….. (Valeurs de référence de l’Hb A1c ……………..)

**Nombre d’auto-contrôles de glycémie** effectués durant le mois précédent (mois……….….… année ………..) : ………

**Nombre d’auto-dosages de glycosurie** effectués durant le mois précédent (mois……………..année ………) :…….….

2 Cochez ce qui convient.

3 Plusieurs choix sont possibles.

AUTO-CONTRÔLE PRESCRIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SYSTEMATIQUE** | **UNIQUEMENT EN CAS** **DE PROBLEME** | **JAMAIS** |
| Glycémie |  |  |  |
| Glycosurie |  |  |  |

L’ approbation de cette demande implique automatiquement un accord pour mesurer la glycémie par une piqûre au doigt ou par la mesure par capteur, pour la fourniture d’une pompe à insuline ou pas et pour la prise en charge des frais de déplacements dans le cadre des visites dans le milieu de vie du bénéficiaire.

Nom, signature du pédiatre de l’équipe de diabétologie conventionnée et date ……………………………………………….

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

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

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire:

• Médecins spécialistes:………………………………………………………………………………………………………

• Médecin généraliste :………………………………………………………………………………………………….....

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

 **Date de réception de la présente demande**: ……../……../…………...

 **Décision du médecin-conseil2**:

[ ]  Favorable pour le suivi d’un programme

[ ]  Défavorable pour le suivi d’un programme parce que:

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

[ ]  Autre: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision:**

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

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