|  |
| --- |
| **DEMANDE D’INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL DE L’ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D’AUTOGESTION DIABETIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS DE 18 ANS OU 19 ANS 1** |

**A REMPLIR PAR LE PATIENT QUI EST SUIVI PAR UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE POUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DIABETIQUES**

 Apposer vignette SVP

|  |
| --- |
|  |

**Le/la souligné/e**

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

Cocher ce qui convient:

[ ]  demande une intervention dans les coûts du programme de soins multidisciplinaire qui lui a été prescrit et qu'il/elle s'engage à suivre

[ ]  a 18 ou 19 ans et a déjà suivi un programme au sein de l’établissement avant l’âge de 18 ans

[ ]  dispose d’un Dossier Médical Global (DMG)

[ ]  ne dispose pas d’un DMG. Marquer si un des cas suivants s’applique :

 [ ]  est inscrit dans une maison médicale pour laquelle la prestation DMG ne peut pas être portée en compte séparément

 [ ]  a un médecin généraliste dont le code de compétence se termine par 001 ou 002 pour lequel la prestation DMG ne peut pas être prise en charge

 [ ]  a terminé son inscription dans une Maison médicale à partir du ………./…………./…………. depuis la dernière demande

 [ ]  demande pour la première fois depuis qu’il/elle a 18 ans, une prolongation de la période d’intervention.

 Le patient sans DMG pour lequel ni la première situation ni la deuxième situation ne s’applique, s’engage à demander un DMG immédiatement à son médecin généraliste. Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau).

Le traitement de mon diabète se fera sous la coordination de mon médecin généraliste, le Dr …………………………………………………………………………………………………………………………………….. (nom et adresse) et l’équipe de diabétologie du présent Centre.

Date de la demande:……../………/…………..

Signature du bénéficiaire:

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

# 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:

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

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de soins multidisciplinaire est prescrit du ………./………/……….. au ………/………/………….. inclus (Pour les patients sans DMG pour lesquels le médecin généraliste pourrait pourtant tenir un DMG et le porter en compte, un programme de soins multidisciplinaire ne peut être prescrit que pour une période de 6 mois). Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau) plus tard.

Groupe de la convention générale en matière d'autogestion du diabète sucré dont le bénéficiaire remplit les conditions 2: A / B / C

DONNEES CLINIQUES ET D’ANAMNESE

Le bénéficiaire susmentionné : 3

[ ]  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) ……………………………….

Nombre d’**injections d’insuline par jour** (administrées la veille de la présente prescription)3 :

 [ ]  pas encore traité par insuline

 [ ]  1

 [ ]  2

 [ ]  3

 [ ]  ≥ 4

 [ ]  pompe à insuline

**Insuline prescrite par 24 heures 4**

[ ]  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 possessiondu médecin au moment de la présente prescription

 Date ………/………../………….. Valeur mesurée: …….,…….. (Valeurs de référence HbA1c…...……………….)

**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 Soulignez la lettre du groupe dont le bénéficiaire remplit les conditions.

3 Cochez ce qui convient.

4 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 et pour la fourniture d’une pompe à insuline ou pas

Nom, signature du pédiatre diabétologue 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-conseil3**:

[ ]  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:**

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

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