|  |
| --- |
| **DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE D’AUTOGESTION DIABETIQUE 1** |

**A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE A, B OU C DE LA CONVENTION ET QUI DISPOSE D’UN DMG OU POUR LEQUEL LE MEDECIN GENERALISTE NE PEUT PAS PORTER EN COMPTE LA PRESTATION DMG**

apposer vignette SVP

|  |
| --- |
|  |

**Le/La Soussigné(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 16 ans ou plus

répond à une des conditions suivantes :

dispose d’un DMG

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

a un médecin généraliste avec un code de compétence qui termine par 001 ou 002 pour lequel la prestation DMG ne peut pas être prise en charge

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 DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR L’AUTOGESTION DU DIABETE**

**Identification du service de diabétologie conventionné :**

Numéro : 7.86. . . . . . . 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 employer à partir du 1er juillet 2018.

Le bénéficiaire susmentionné appartient au **groupe cible** de la convention conclue pour le présent service de diabétologie 2 :

**Groupe A**

1. Les patients qui souffrent de diabète de type 1.

2. Les patients avec une perte quasi totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale ou en cas de pancréatite chronique). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (soit par traitement au moyen d'une pompe à insuline soit par 3 ou plus injections d’insuline).

3. Les patients qui souffrent de mucoviscidose traités par insuline ou par d’autres antidiabétiques injectables.

4. Les patients qui souffrent de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou de diabète néonatal) qui ont besoin, pour l’autogestion de leur 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).

5. Les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésidioblastose) qui souffrent d’hypoglycémies sévères persistantes nécessitant souvent l’aide d’un tiers et/ou l’appel à une ambulance et/ou une hospitalisation est nécessaire.

**Groupe B**

1. Les diabétiques qui souffrent de diabète de type 2 ou d’autres formes de diabète et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d’antidiabétiques injectables (soit 3 ou plus injections d’insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère soit 2 injections de tels produits par nycthémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d’un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères).

2. Les femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées par insuline.

3. Les diabétiques après une transplantation d’organe ou traités au moyen d’une dialyse rénale, s’ils sont

traités avec de l’insuline.

4. Les femmes diabétiques qui ont un désir de grossesse et qui sont traitées par insuline et/ou par d’autre

antidiabétiques injectables (pendant maximum 1 an, sauf exceptions justifiées).

**Groupe C**

1. Les diabétiques traités avec 2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d’autres antidiabétiques

injectables par nycthémère ainsi que les diabétiques traités avec 1 injection de tels produits par nycthémère, dans le

cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d’un antidiabétique

dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères. Ces diabétiques présentent en sus une multimorbidité qui se

caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique,

une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu

du myocarde (IAM), un AVC. Ces bénéficiaires n’entrent en ligne de compte que pour une prise en charge

temporaire par l’établissement, pas plus de 6 mois (maximum 1 fois prolongeable), et qu’après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le médecin de l’établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la

convention. L’établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le

dossier d’éducation individuel du bénéficiaire.

2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes :

☐ les diabétiques après une transplantation d’organe ou traités au moyen d’une dialyse rénale, s’ils ne sont pas traités

avec de l’insuline.

☐ les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésidioblastose) qui ne répondent pas aux conditions du groupe A 5.

☐ les femmes qui présentent un diabète de grossesse, traitées sans insuline.

☐ les femmes diabétiques sans insulinothérapie qui ont un désir de grossesse (pendant maximum 1 an, sauf

exceptions justifiées).

☐ les patients souffrant de pancréatites chroniques qui ne répondent pas aux conditions du groupe A.2. et

qui sont traités par insuline et/ou par d’autres antidiabétiques injectables.

2 Cochez ce qui convient.

Il s'agit d'une 2  **première prescription** d'autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

**prolongation** d’autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

**prolongation avec changement** de groupe cible

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autogestion diabétique …….. automesures de glycémie par mois.

**Dernière mesure de l'HbA1c effectuée**

Date :……./……./……….. Valeur mesurée : . . , . . (valeurs normales de référence - )

Nom, signature et date du **médecin responsable ou de l’endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:**................................................................................................................................................................................

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

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

* Médecins-spécialistes:….……………………………………………………………………………………………………….
* Médecins généralistes :…………………………………………………………………………………………………………

# DECISION DU MEDECIN CONSEIL

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

**Décision du médecin conseil 2:**

Favorable pour le suivi d’un programme de soins multidisciplinaire

Défavorable parce que :…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Autre : ..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………