



## Protokol o kontrole liečby pacienta s DM pri používaní systémov CGM / FGM

### Navrhujúce zdravotnícke zariadenie

Názov:

Ulica, obec, PSČ:

---

### Ošetrojúci lekár

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Kód poskytovateľa:

Telefón:

E-mail:

---

### Poistenec

Meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo:

Ulica, obec, PSČ:

Telefón:

E-mail:

---

### Systém merania hladiny glukózy:

Dátum začatia používania systému CGM / FGM :

Hodnota HbA1c pred používaním systému:

Kontrola po roku liečby

Aktuálna hodnota HbA1c:

---

### Zhodnotenie liečby:

#### Adherencia pacienta k liečbe:

CGM – využitie min. 90 % senzorov uhradených v uplynulom roku      ÁNO      NIE

FGM – používanie minimálne 8 skenov za deň      ÁNO      NIE

#### Medicínsky benefit v súlade s platným indikačným obmedzením:

pokles hladiny HbA1c o 10 %, alebo      ÁNO      NIE

pokles výskytu dokumentovaných hypoglykémií o 30 %, alebo      ÁNO      NIE

stabilizácia dobrej kompenzácie (HbA1c < 7,5% DCCT),      ÁNO      NIE

zlepšenie variability      ÁNO      NIE

---

Dátum:

.....  
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára  
podpis a pečiatka