



IV Convegno

PREVENIRE LE COMPLICANZE DEL DIABETE: DALLA RICERCA DI BASE ALL'ASSISTENZA

18 - 19 febbraio 2010

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

La prevenzione delle complicanze: i modelli organizzativi

Il progetto IGEA in Sardegna



ASL Oristano

Francesco Mastinu, Marina Cossu

Le premesse

- Piano Regionale Prevenzione 2005
- Piano Regionale Servizi Sanitari 2006-2008
- Istituzione della Commissione Regionale per la prevenzione delle complicanze del diabete
- AIR medicina Generale marzo 2008
- Implementazione di IGEA in Sardegna
- Delibera rete territoriale febbraio 2009



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 29/2 DEL 5.7.2005

Oggetto:

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Intesa Stato - Regioni, Province Autonome - 23 Marzo 2005). Approvazione Piano Regionale di Prevenzione.



CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

PIANO REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

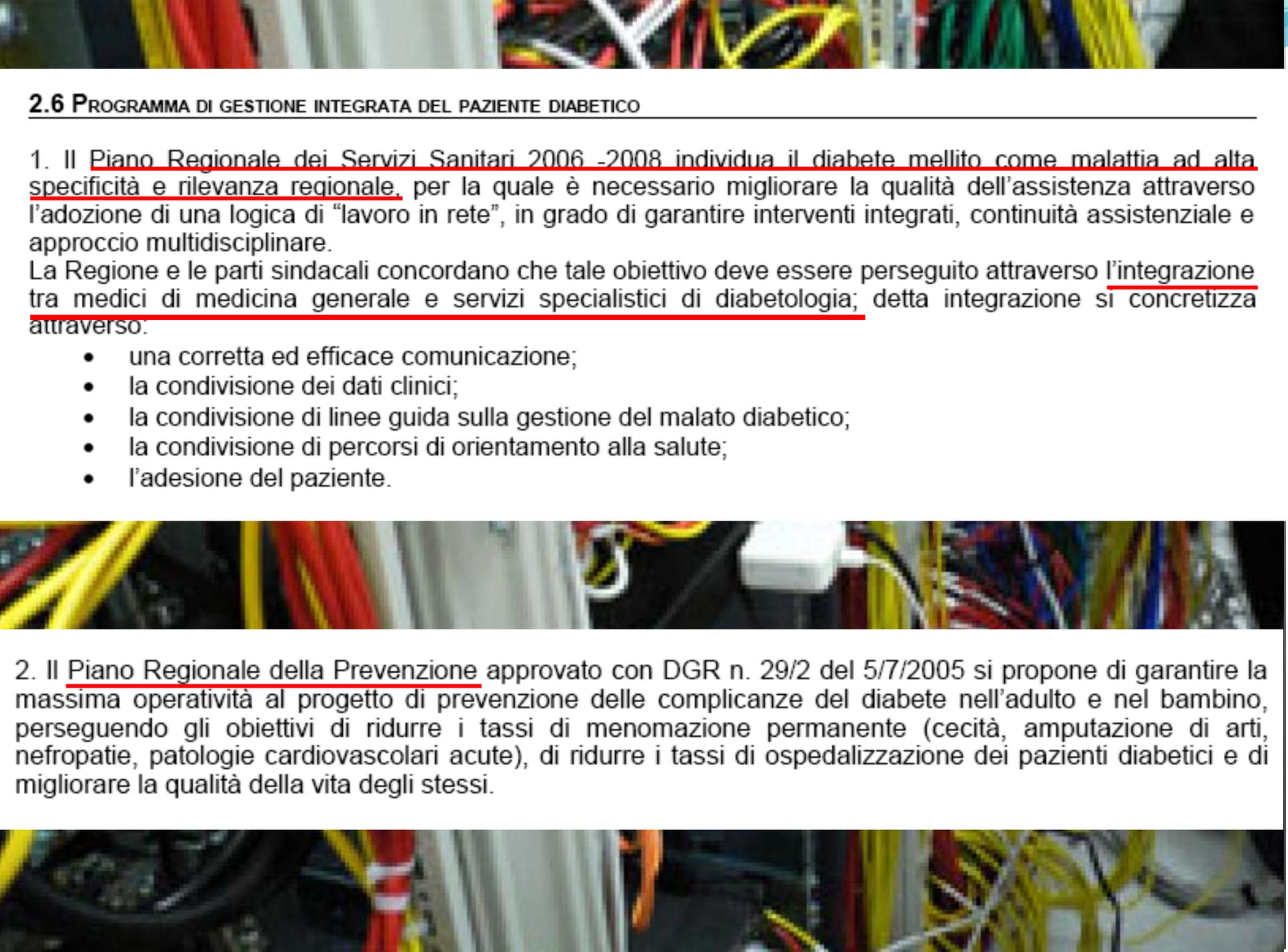
Tutti i processi di cambiamento sono faticosi, a volte ardui. Quando però il traguardo verso cui si è protesi è significativo e condiviso, le energie costruttive prevalgono e divengono fruttuose. La speranza che accompagna questo documento di programmazione è che esso divenga il volano per il cambiamento, affinché i cittadini possano ricevere l'assistenza sanitaria che chiedono e cui hanno diritto.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 17/1 DEL 20.3.2008

Oggetto: Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale.



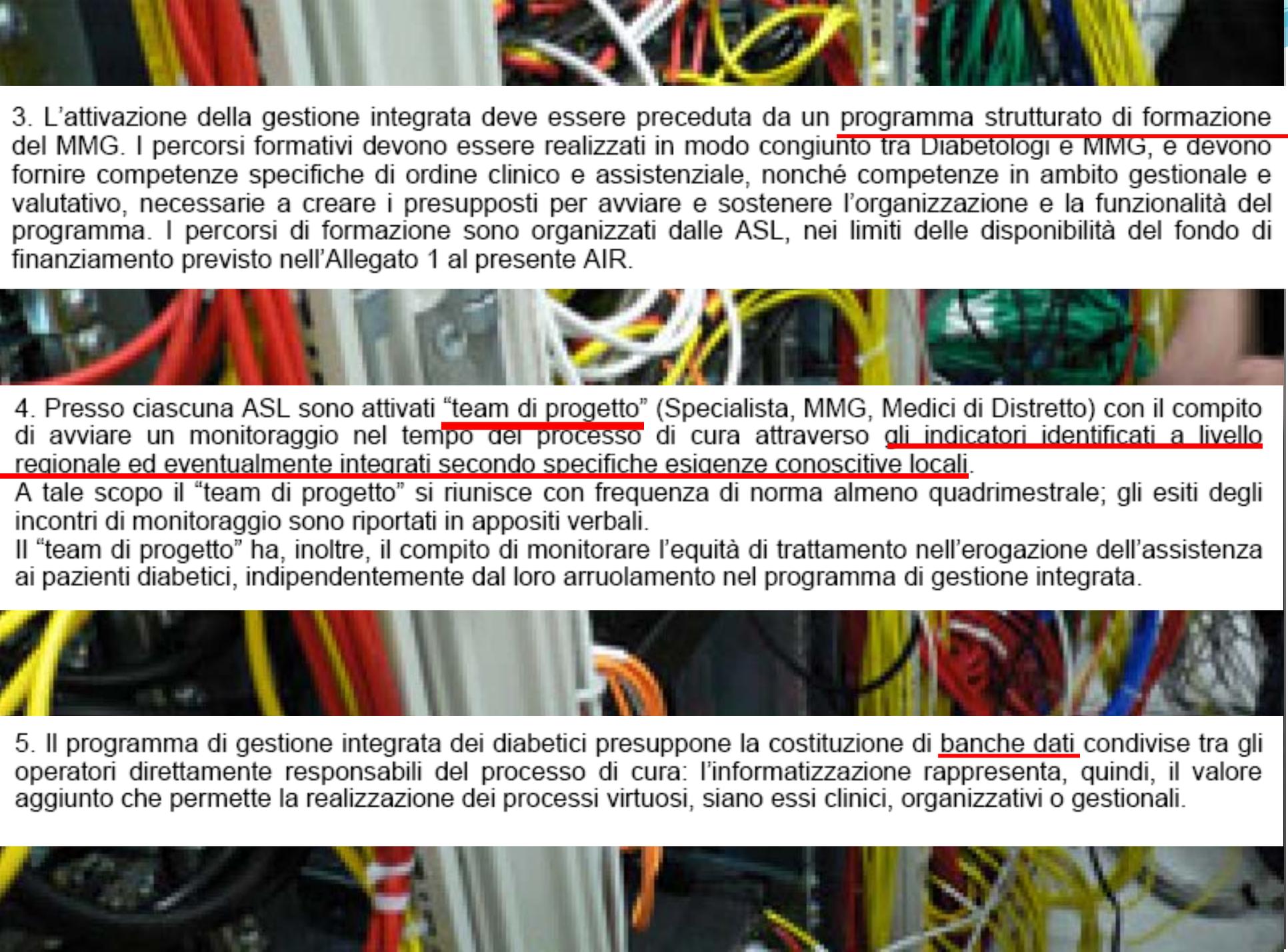
2.6 PROGRAMMA DI GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

1. Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 -2008 individua il diabete mellito come malattia ad alta specificità e rilevanza regionale, per la quale è necessario migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adozione di una logica di "lavoro in rete", in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multidisciplinare.

La Regione e le parti sindacali concordano che tale obiettivo deve essere perseguito attraverso l'integrazione tra medici di medicina generale e servizi specialistici di diabetologia; detta integrazione si concretizza attraverso:

- una corretta ed efficace comunicazione;
- la condivisione dei dati clinici;
- la condivisione di linee guida sulla gestione del malato diabetico;
- la condivisione di percorsi di orientamento alla salute;
- l'adesione del paziente.

2. Il Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR n. 29/2 del 5/7/2005 si propone di garantire la massima operatività al progetto di prevenzione delle complicanze del diabete nell'adulto e nel bambino, perseguendo gli obiettivi di ridurre i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione di arti, nefropatie, patologie cardiovascolari acute), di ridurre i tassi di ospedalizzazione dei pazienti diabetici e di migliorare la qualità della vita degli stessi.



3. L'attivazione della gestione integrata deve essere preceduta da un programma strutturato di formazione del MMG. I percorsi formativi devono essere realizzati in modo congiunto tra Diabetologi e MMG, e devono fornire competenze specifiche di ordine clinico e assistenziale, nonché competenze in ambito gestionale e valutativo, necessarie a creare i presupposti per avviare e sostenere l'organizzazione e la funzionalità del programma. I percorsi di formazione sono organizzati dalle ASL, nei limiti delle disponibilità del fondo di finanziamento previsto nell'Allegato 1 al presente AIR.

4. Presso ciascuna ASL sono attivati "team di progetto" (Specialista, MMG, Medici di Distretto) con il compito di avviare un monitoraggio nel tempo del processo di cura attraverso gli indicatori identificati a livello regionale ed eventualmente integrati secondo specifiche esigenze conoscitive locali.

A tale scopo il "team di progetto" si riunisce con frequenza di norma almeno quadrimestrale; gli esiti degli incontri di monitoraggio sono riportati in appositi verbali.

Il "team di progetto" ha, inoltre, il compito di monitorare l'equità di trattamento nell'erogazione dell'assistenza ai pazienti diabetici, indipendentemente dal loro arruolamento nel programma di gestione integrata.

5. Il programma di gestione integrata dei diabetici presuppone la costituzione di banche dati condivise tra gli operatori direttamente responsabili del processo di cura: l'informatizzazione rappresenta, quindi, il valore aggiunto che permette la realizzazione dei processi virtuosi, siano essi clinici, organizzativi o gestionali.

INDICATORI DI VERIFICA

Al fine di valutare l'efficacia e l'estensione dell'applicazione del presente Protocollo si stabilisce di prendere in considerazione alcuni semplici ed efficaci indicatori:

1. di processo:

- *numero di pazienti a gestione integrata che completano il percorso*
- *numero di visite presso il Medico di Famiglia*
- *numero di accessi al SD*
- *costo di fornitura dei prodotti per diabetici da parte delle farmacie convenzionate.*

2. di risultato:

- *riduzione di almeno 0,5 punti percentuali di HbA1c in due anni per i pazienti inseriti nel Protocollo*
- *riduzione del numero di ricoveri per diabete e per complicazioni del diabete (ictus, ima, claudicatio, retinopatia, nefropatia e neuropatia)*
- *riduzione del numero di accessi al PS*
- *gradimento dei pazienti nei confronti del Protocollo (attraverso un questionario di valutazione)*

Indicatori per la verifica di processo:

- 1) Numero di Pz in GI che completano il percorso:
numeratore: Pz del MMG che hanno completato il percorso /
denomin. Pz arruolati dal MMG:
valore atteso 1, accettabile 0,8
- 2) Numero di visite (per controllo metabolico) presso MMG:
ottimale ogni 3 mesi, accettabile ogni 4 mesi x l'80% degli
arruolati
- 3) Numero accessi al SD: ottimale 100%, accettabile 80%
- 4) Costo forniture:
numeratore: costo medio standardizzato per Pz. assistiti in G I/
Denominatore: costo medio Pz ASL:
valor atteso 1, accettabile 1,3



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

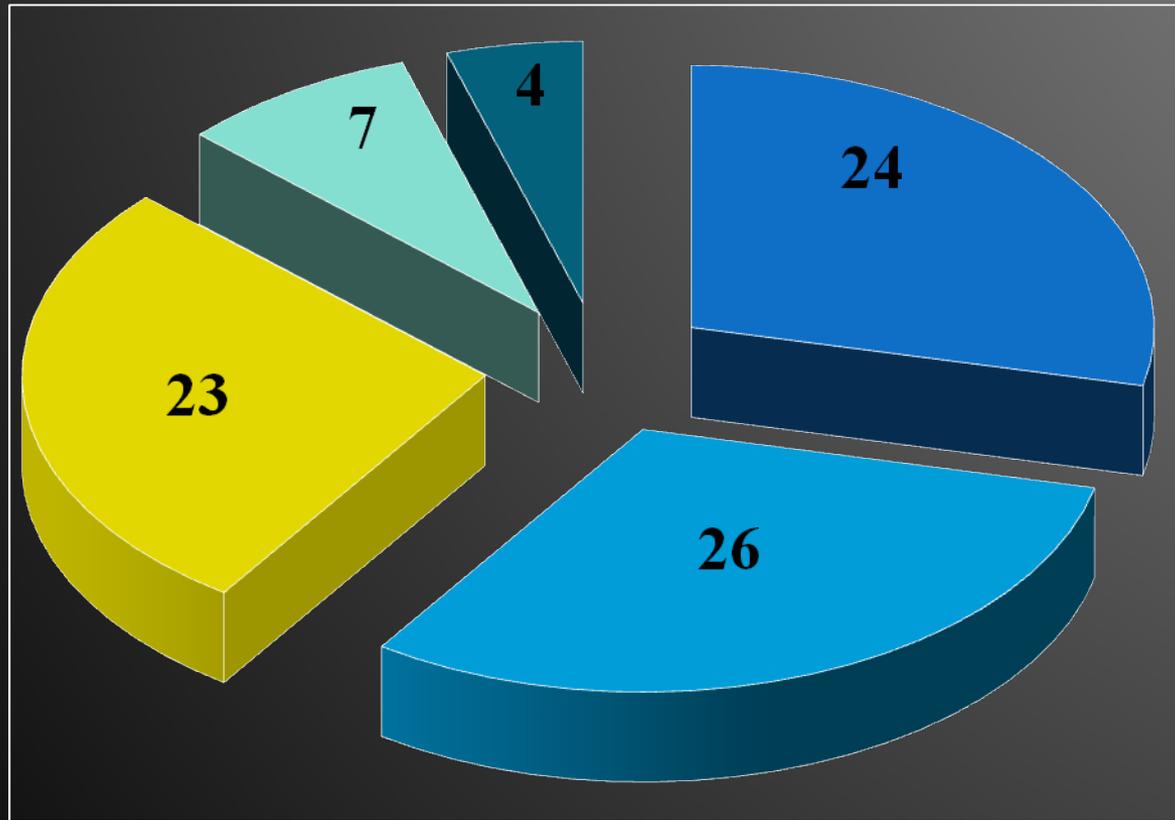
DELIBERAZIONE N. 10/44 DEL 11.2.2009

Oggetto: Linee di Indirizzo sull'organizzazione ed il funzionamento della rete integrata per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito

IGEA Sardegna

partecipanti totali per categoria professionale

TOTALI 84

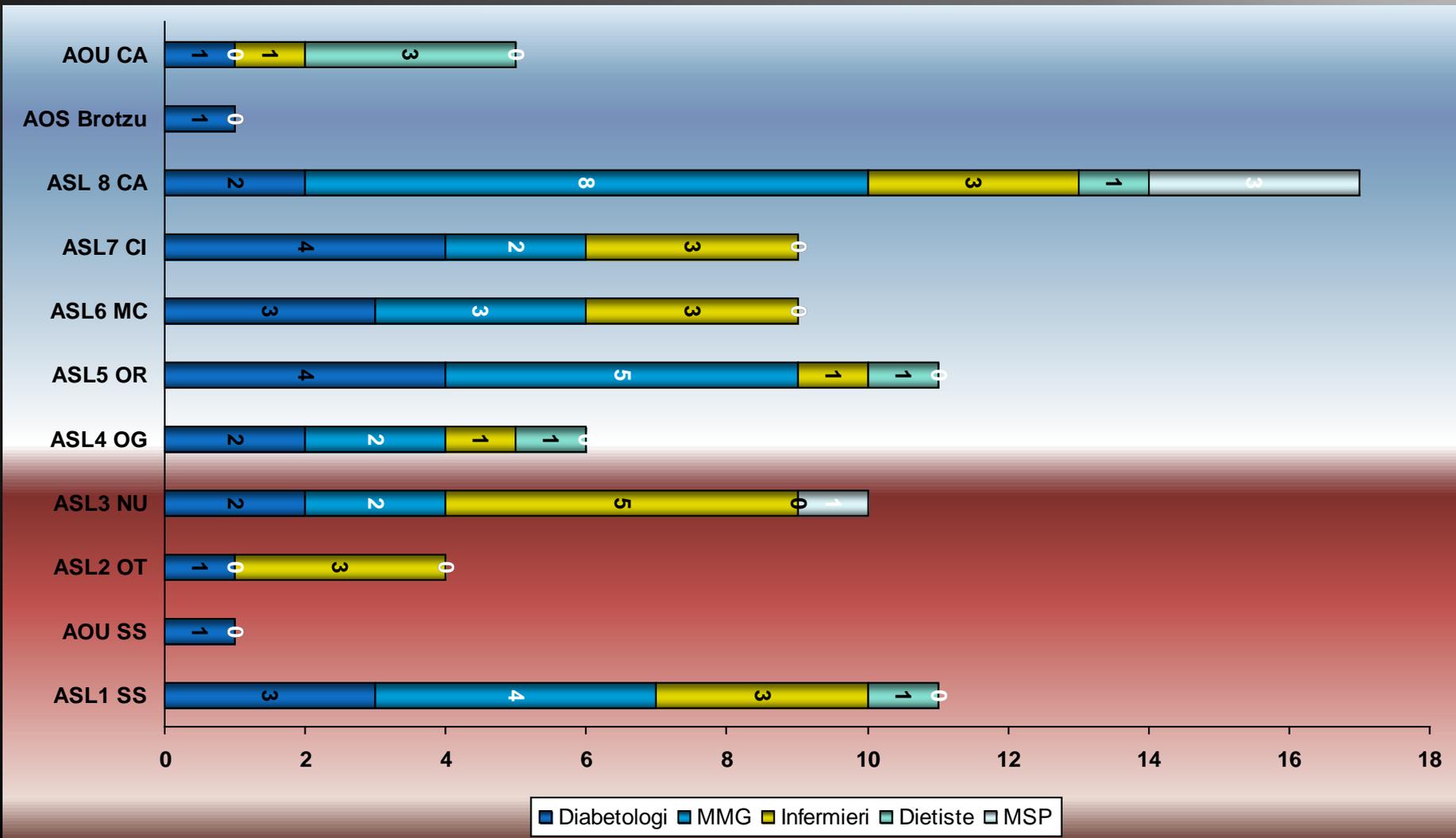


- Diabetologi
- MMG
- Infermieri
- Dietiste
- MSP

MMG = medici di medicina generale
MSP = medici di sanità pubblica

IGEA Sardegna

partecipanti per Aziende Sanitarie



Attuazione regionale del progetto

PUNTI DI FORZA

- PSR 2006-2008
- Documento consulta diabetologia 2008
- Linee indirizzo rete integrata 2009
- Accordo MMG 2008
- Copertura finanziaria del progetto

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Attesa di applicazione documento di indirizzo della consulta
- Attesa applicazione linee di indirizzo rete integrata febbraio 2009
- Scarsa diffusione verso l'opinione pubblica del progetto

OPPORTUNITA

- Interesse delle associazioni dei pazienti
- Forte volontà politico-istituzionale
- Sostegno delle società scientifiche
- Esperienza pilota in alcune regioni

OSTACOLI/PERICOLI

- Fase di transizione politico-gestionale
- Investimento economico del progetto
- Incertezza sulla copertura finanziaria del progetto
- Scarsa informatizzazione, difficoltà di scambio delle informazioni tra MMG e diabetologi

Attuazione nelle ASL

Gli Operatori Sanitari e la Gestione Integrata

PUNTI DI FORZA

- Standard di cura già condivisi fra operatori diabetologici
- Buona integrazione dei formatori nei team diabetologici
- Avvio delle iniziative secondo la programmazione definita
- Disponibilità dei MMG e dei team diabetologici a collaborare
- Volontà politica della direzione dell'ASL a realizzare il progetto

OPPORTUNITA'

- Incontri formativi residenziali
- Disponibilità dei MMG verso il lavoro di equipe
- Per i MMG entrare totalmente nella gestione della patologia diabetologica
- Per i diabetologi dedicare tempo e competenze per i casi più complessi

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Mancanza di un mandato diabetologico aziendale
- Scarso coinvolgimento del decisore
- Mancanza di chiarezza sulla disponibilità dei centri diabetologici alla collaborazione con i MMG
- Alto numero di discenti da formare rispetto ai formatori disponibili in Sardegna
- Disomogeneità di comportamento delle diverse strutture diabetologiche del territorio.
- Adesione incompleta dei MMG
- Mancata individuazione di un coordinatore del processo
- Continuo turnover degli specialisti diabetologi territoriali
- Resistenza al cambiamento

OSTACOLI/PERICOLI

- Priorità all'assistenza a scapito della formazione
- Difficoltà a trasferire le pratiche formative a livello della realtà locale
- Persistenza di resistenza al lavoro multidisciplinare
- Aggravio del carico di lavoro dei Servizi Diabetologici
- Mancato raggiungimento degli obiettivi

Nella nostra ASL

- a) Istituzione del Team di Progetto- aprile 2008
- b) Istituzione dei Team di distretto -giugno 2008
- c) Formazione propedeutica per i MMG- giugno 2008
- d) Formulazione della procedura aziendale
- e) Delibera Aziendale- ottobre 2008
- f) Corsi di formazione 2009
 - Corso IGEA Aziendale
 - Team-building
 - Tecnico-scientifico

Compiti del team aziendale

Definizione:

- dei protocolli operativi assistenziali
- dei criteri di reclutamento dei pazienti diabetici
- di un set minimo di dati da raccogliere per ogni paziente diabetico
- monitoraggio del progetto attraverso indicatori di processo



OGGETTO: Avvio delle attività di gestione integrata del paziente affetto da diabete mellito di tipo 2.

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del **Direttore Sanitario**

PREMESSO

- che il Piano Sanitario Regionale prevede la realizzazione di percorsi integrati tra i medici di medicina generale e i servizi specialistici per la gestione del paziente diabetico, al fine di ridurre l'evolutivezza della malattia verso le complicanze tipiche della patologia diabetica,
- che l'Accordo integrativo regionale (AIR) per la medicina generale prevede al Capo 2, punto 2.6, che i cittadini affetto da diabete mellito di tipo 2 siano assistiti in modo integrato tra specialisti diabetologi e medici di medicina generale;
- che il citato punto dell'AIR prevede gli adempimenti burocratici e programmatici per la realizzazione del percorso di gestione integrata,

DATO ATTO

- che, ai sensi del Capo 2, punto 2.6, comma 3, occorre provvedere alla attivazione delle procedure di gestione integrata attraverso opportuna determinazione dell'Azienda, anche ai fini di definire la decorrenza dei dovuti incentivi economici ai medici di medicina generale,
- che è stato realizzato da parte dei servizi specialistici aziendali un confronto ampio con i rappresentanti dei medici di medicina generale al fine di concordare le procedure di attivazione e di governo della gestione integrata del paziente diabetico, ivi comprese le attività di controllo e di verifica mediante gli indicatori previsti dall'AIR,
- che sono state realizzate le attività propedeutiche all'avvio della gestione integrata ed in particolare la definizione della modulistica, la realizzazione della formazione specifica, la realizzazione dei team di progetto,

Programma di **GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE**

Procedura per l'attivazione della Gestione Integrata del Paziente con Diabete Mellito Tipo 2,
secondo l'Accordo Regionale per la Medicina Generale.

Epoca di insorgenza del Diabete:

Terapia in corso:

.....

Scheda annuale di follow-up
 +(Minimo accettabile)

		3-4 mesi Data:	6 mesi ⁺ Data:	9 mesi Data:	1 anno ⁺ Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia				
	HbA1c				
	Esame urine				
	Pressione Arteriosa				
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)				
	Rinforzo educativo (specificare argomento)				
	BMI				
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede				
	EO Cardiovascolare				
	EO Neurologico				
A 1 anno	Microalbuminuria				
	Creatininemia				
	Uricemia				
	Colesterolo tot.				
	Colesterolo HDL				
	Trigliceridi				
	AST / ALT/ GGT				/ /
	Emocromo+F				/
	Rischio CV				
	ECG				

SCHEDA 2

Cognome:..... Nome:.....

Visita del:.....

Follow up: Controllo Urgente: Altro:

Diabete Tipo 1 Diabete Tipo 2 IGT IFG GDM Altro

FAOS:..... FAOD:..... PAO-Orto:.....\ HMI:.....

Terapia attuale:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Ispezione piedi	Dx	Sin	Sensibilità Tattile	Dx	Sin	Sensibilità Vibratoria	Dx	Sin
Normale			Normale			Normale		
Cute secca			Ridotta			Ridotta		
Deformità			Assente			Assente		
Ulcere								

Test neuropatia autonómica:.....

Conclusioni e note:.....

Fundus OO	Normale	RD proliferante	R. Ipertensiva
	RD background	Maculopatia	Cataratta
	RD pre-prolif.	Esiti Laser	Cecità

Conclusioni e note:.....

Indice di Winsor: caviglia dx:..... caviglia sin:.....

Altri esami vascolari:.....

Rapporto Albuminuria/Creatinuria:.....

Altri esami funzionalità renale:.....

Altri esami cardiovascolari:.....

Fattori di rischio CVD:

Rischio CVD:%

Terapia educativa strutturata:.....

.....

Commento:.....

.....

Modifiche Terapeutiche Consigliate: Posologia: Nota CUP:

1.....

2.....

3.....

Valutazione autocontrollo.....

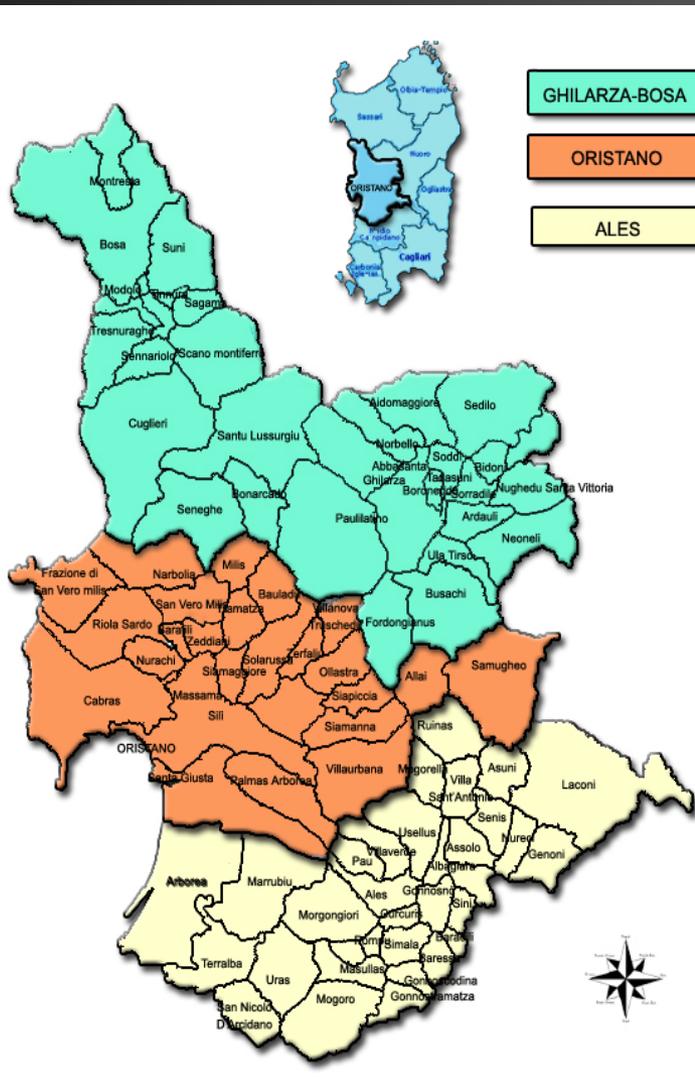
Prossimo controllo:

Fra 2 anni (con 2 schede di follow-up del MdF) Fra 1 anno Framesi

(prenotato per il:)

TIMBRO
Firma del medicoIndirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del Servizio per il Medico di Famiglia; indirizzo e-mail.
Orario di apertura al pubblico del Servizio; telefono; fax:-

ASL di Oristano, contesto:



Popolazione totale: 168.582

Comuni: 88

Distretti Sanitari: 3

Indice di Invecchiamento: 20,4

Mortalità: 9,8 per mille abitanti

Natalità: 7,0 per mille abitanti

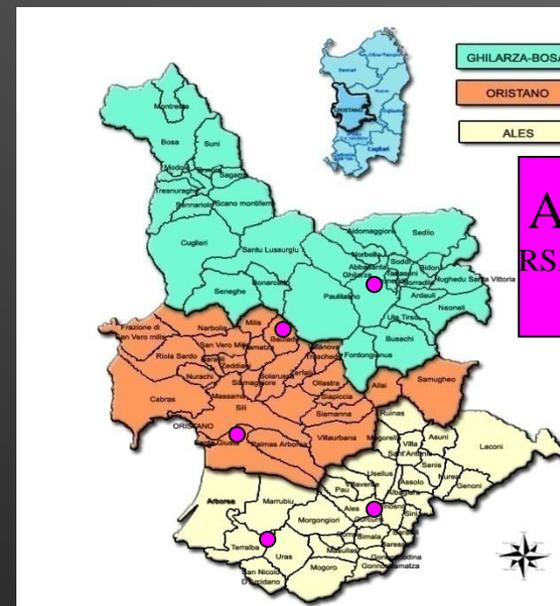
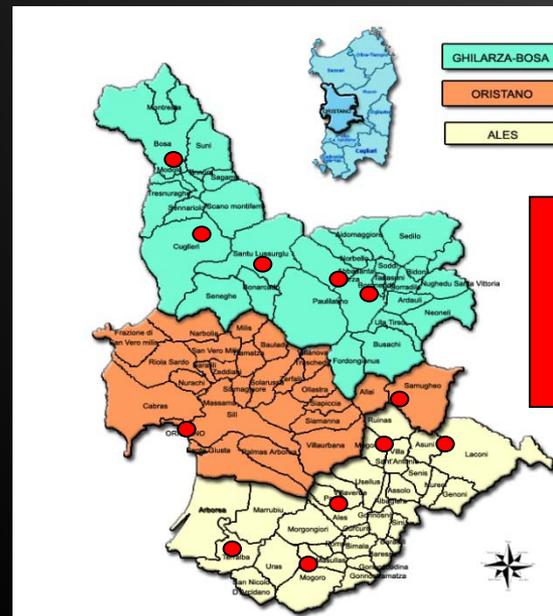
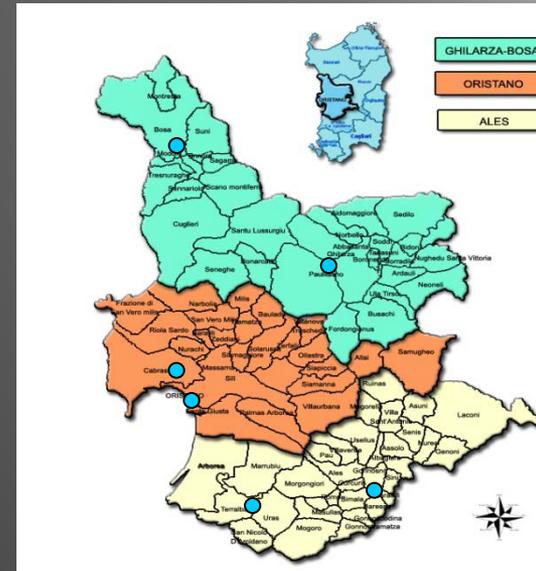
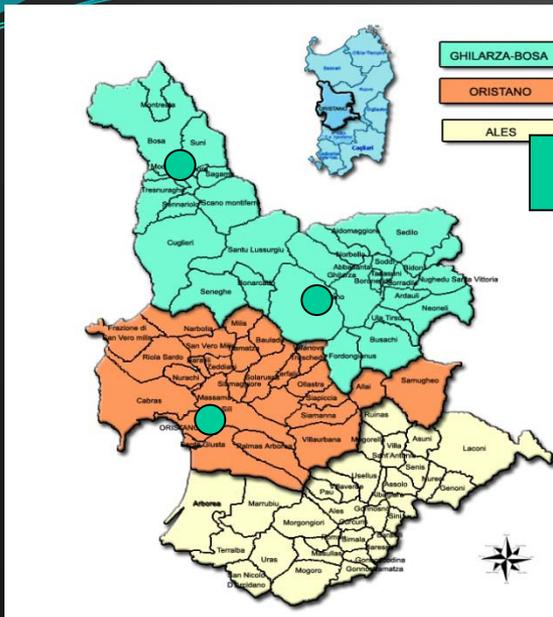
Le principali strutture ASL

Ospedali

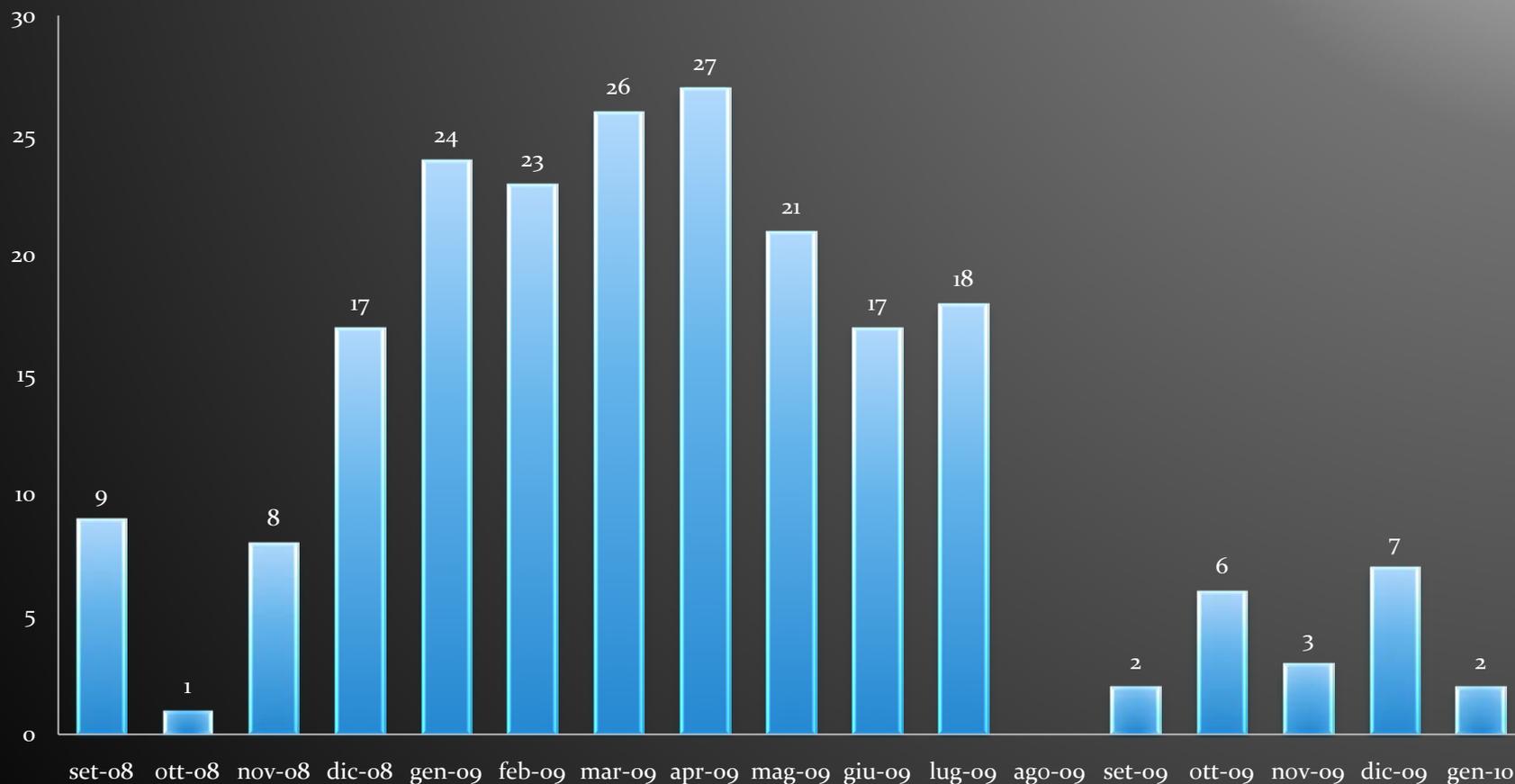
Consultori

Poliambulatori
e Ambulatori
specialistici

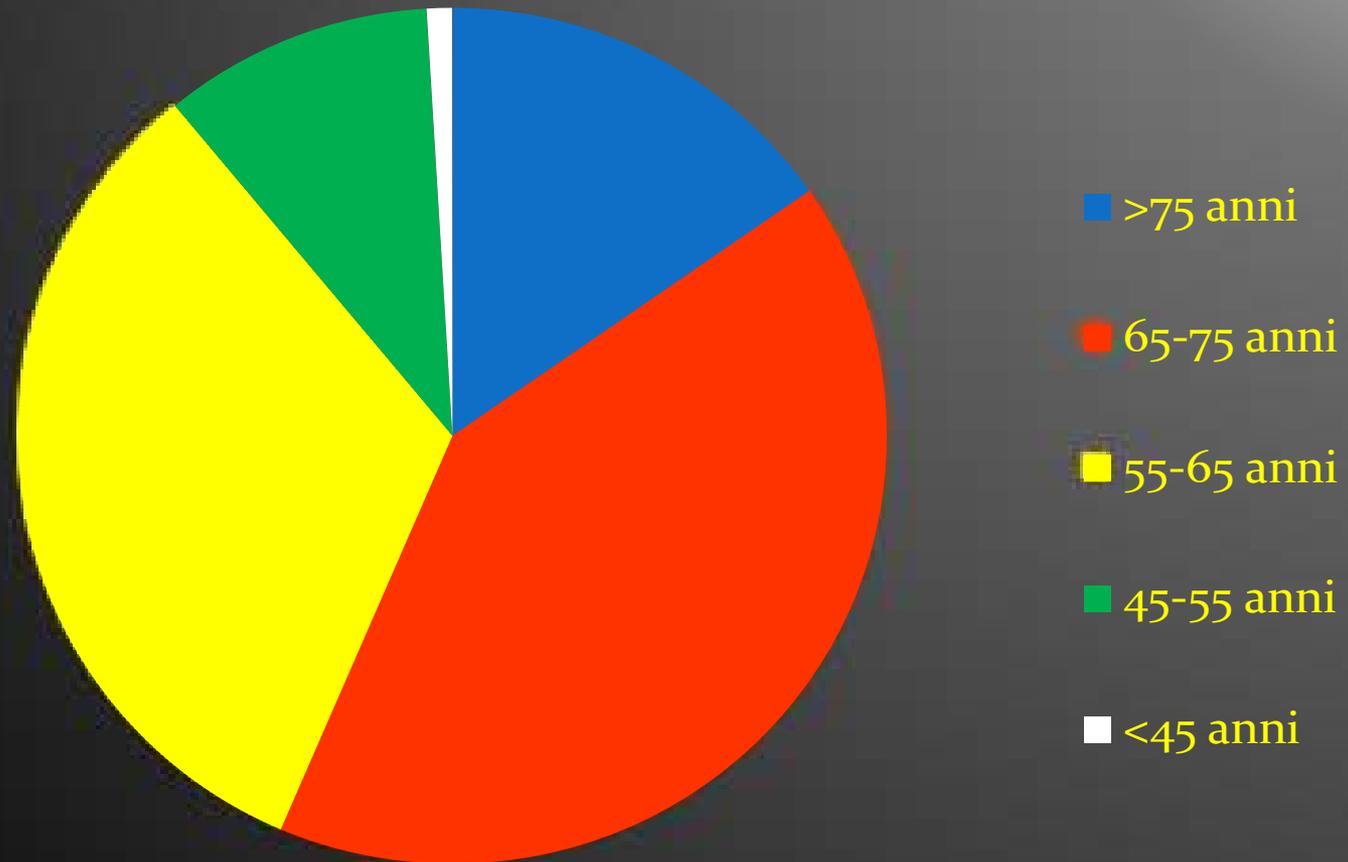
Altre strutture:
RSA, CAL, Case protette,
Case famiglia, ecc.



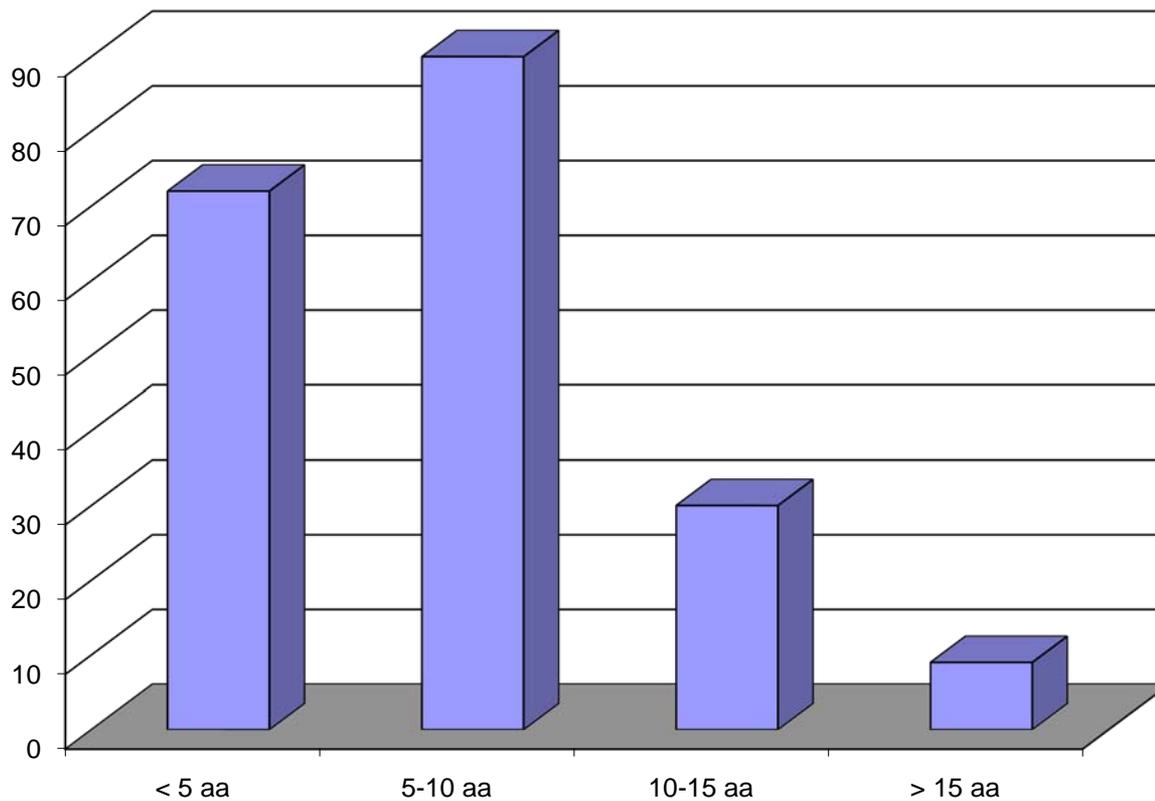
Pazienti inseriti in Gestione Integrata:



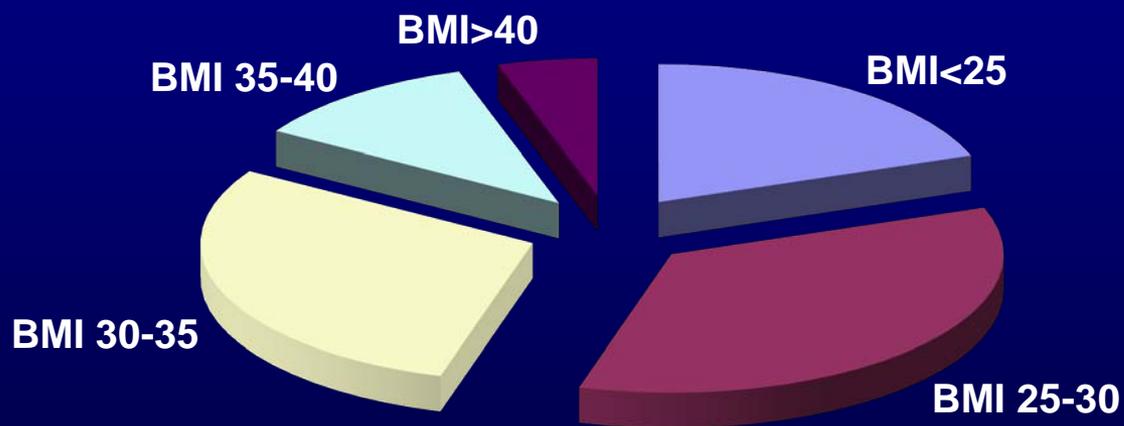
Età dei pazienti



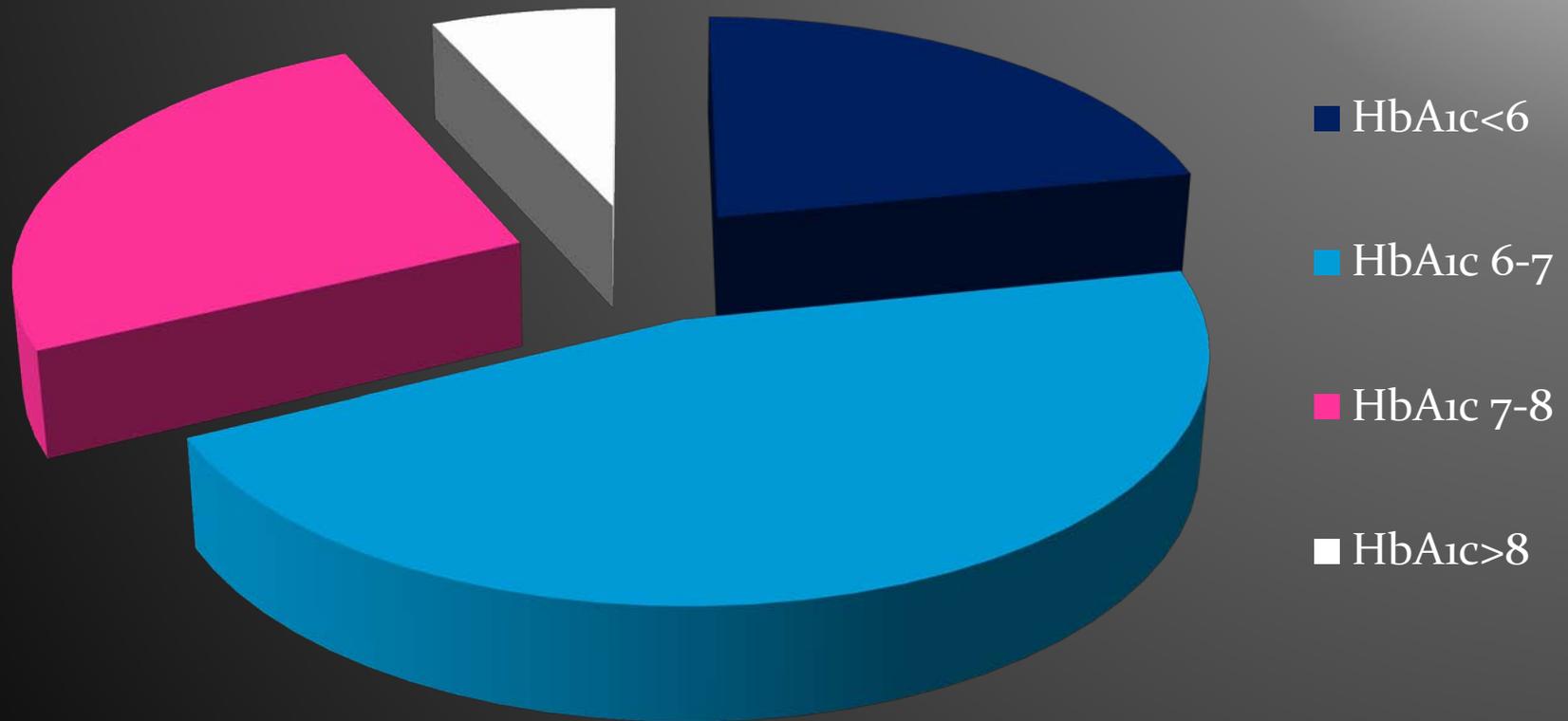
Anni di malattia dei pazienti arruolati:



BMI dei pazienti in GI



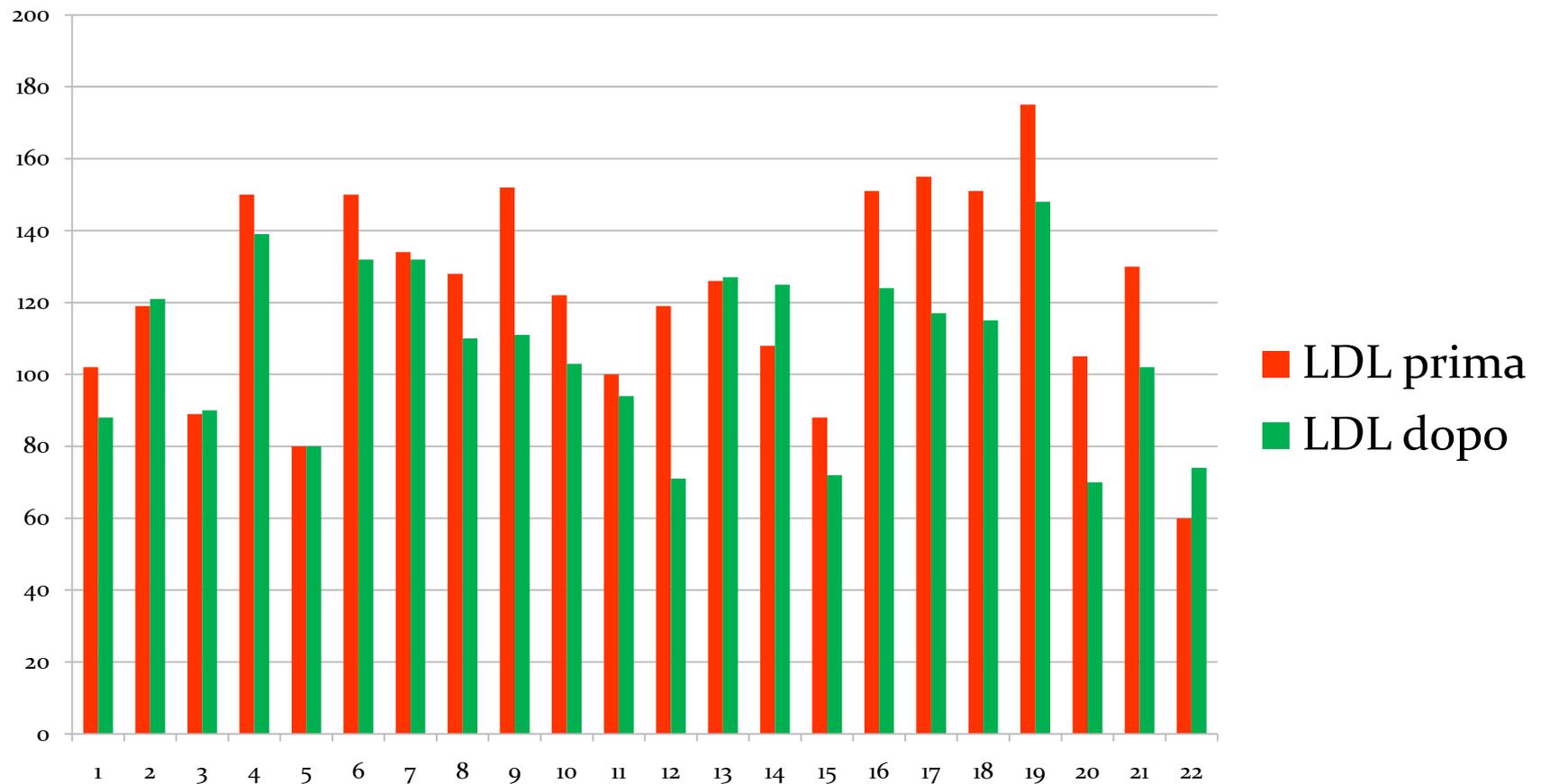
HbA1c dei pazienti arruolati in GI



Esiti sulla Glicata dopo un anno



Esiti sul Col-LDL dopo un anno



AZIENDE	Corso Strutturato IGEA	Corso formazione autonomo	Delibera AZIENDA x Gestione Int.	Ripartizione MMGx Pazienti arruolati x G I	Medici M G interessati alla G I	Medici M G che stanno lavorando x G I	Pazienti arruolati alla G I
ASL 1 Sassari	SI 2	SI	SI	NO	SI	10	12
Az. mista U-R SS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ASL 2 Olbia	NO	SI	SI	SI	SI	40	240
ASL 3 Nuoro	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
ASL 4 Lanusei	SI	SI	SI	SI	SI	18	40
ASL 5 Oristano	SI	SI	SI	SI	SI	30	209
ASL 6 Sanluri	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO
ASL7 Iglesias	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
ASL 8 Cagliari	NO	SI	NO	NO	SI	NO	600 informali
Az. Mista U-R CA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 37/9 del 25.9.2007

Linee guida regionali per l'attivazione e il corretto funzionamento delle attività di day-service

Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)

09	P04	PAC follow-up diabete	Glicemia, HbA1c, esame urine, peptide C, creatinemia, uricemia, ALT, AST, gammaGT, fosfatasi alcalina, elettroforesi sp, emocromo, colesterolo tot, c-HDL, c-LDL, trigliceridi, ECG, visita cardiologica, visita oculistica con fundus e tonometria, visita diabetologica, terapia educativa di almeno 30' con consulenza dietistica.	massimo 2 volte all'anno; 1 sola volta all'anno in caso di ricorso ad un pacchetto P05.1, P05.2, P05.3	145,00
09	P05	PAC Complicanze diabete	Fluorangiografia retinica, visita neurologica, elettromiografia, VCN motoria e sensitiva in due nervi, doppler arterioso TSA e arti inferiori	massimo 1 volta all'anno	207,00
09	P05.1	PAC complicanze oculari diabete	Oltre a P04, fluorangiografia retinica	massimo 1 volta all'anno	192,00
09	P05.2	PAC complicanze neurologiche diabete	Oltre a P04, visita neurologica, elettromiografia, VCN motoria e sensitiva in due nervi	massimo 1 volta all'anno	217,00
09	P05.3	PAC complicanze cardiovascolari diabete	Oltre a P04, doppler arterioso TSA e arti inferiori	massimo 1 volta all'anno	233,00

Percorsi Ambulatoriali Coordinati (PAC)

Ciascuna struttura delle Aziende USL, dell'Azienda Ospedaliera e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, può individuare e attivare in forma sperimentale

percorsi assistenziali di day-service

In relazione alla rilevanza clinica e alla prevalenza nel proprio ambito territoriale di patologie che richiedono una gestione assistenziale integrata di competenze specialistiche diagnostiche, strumentali e laboratoristiche disponibili nella stessa struttura

Per ogni percorso devono essere definiti:

- i criteri clinici di ammissione al regime di day-service;
- la tipologia di prestazioni ambulatoriali, codificate secondo il nomenclatore tariffario
- per ciascuna prestazione, il referente e l'ubicazione del servizio erogante;
- i tempi massimi di attesa per l'inserimento nel percorso
- il numero massimo di accessi alla struttura
- il responsabile del percorso

Per ogni percorso devono essere definiti:

- i criteri clinici di ammissione al regime di day-service;
- la tipologia di prestazioni ambulatoriali, codificate secondo il nomenclatore tariffario
- per ciascuna prestazione, il referente e l'ubicazione del servizio erogante;
- i tempi massimi di attesa per l'inserimento nel percorso
- il numero massimo di accessi alla struttura
- il responsabile del percorso

I percorsi ambulatoriali devono essere trasmessi alle direzioni delle Aziende Sanitarie le quali provvederanno all'approvazione degli stessi

Le Direzioni delle Aziende Sanitarie devono provvedere alla trasmissione in Regione di idonea documentazione comprovante le esigenze assistenziali, le finalità e i contenuti dei singoli percorsi attivati.

Accesso al Day-service

Per i percorsi ambulatoriali coordinati (PAC) le prestazioni devono essere riportate da parte del case-manager su impegnative distinte per branca.

Il case-manager pianifica e coordina il percorso diagnostico-terapeutico, raccoglie i referti e esprime la valutazione clinica conclusiva dandone comunicazione all'assistito nel corso del colloquio conclusivo.

Le prestazioni di day-service devono essere erogate concentrando gli appuntamenti in modo da ridurre il numero di accessi da parte dell'assistito.

Al termine del day-service deve essere redatta, da parte del referente del percorso, una relazione conclusiva la quale è trasmessa al MMG, corredata da tutta la documentazione sanitaria prodotta.

HbA_{1c}



Descrizione:

Il sistema di telemonitoraggio è interamente *Web-based*, pertanto nessun programma dovrà essere installato in locale e nessun file rimarrà residente nel PC dell'ambulatorio.

Per accedere:

<http://www.medicair.it>

Quindi cliccare sul link Asl xxxx

Descrizione:

Il sistema permette la completa condivisione delle informazioni tra tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura della Gestione Integrata

Il Sistema è inoltre compatibile con la cartella Eurotouch e con i sistemi informatici regionali

Autenticazione e Accesso



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASLOristano

Cliccando sul logo “Asl Oristano” si accede alla pagina di login, dove è necessario inserire (in maiuscolo) Codice Utente e Password

MedicAir
OSSIGENO & SERVIZI TERAPEUTICI
A DOMICILIO

Digitare il codice Utente e la Password

Codice Utente :

Password :

Accedi

Ricerca di un paziente

1 Inserimento
anche parziale
del cognome

2 Pulsante
CERCA

Operatore:PALAZZO  A.S.L.:000

[TORNA MENU'](#) [TORNA ALLA LOGIN](#)

COGNOME

NOME

Medico:

CODICE	COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA INIZIO GI	ULTIMA VISITA	PROSSIMA VISITA	RAPPORTO G.I.
000208	MARCO ANTONIO	DDSMCN33BUZL93T	18/04/2009		18/07/2009	GESTIONE INTEGRATA
000122	J BAINGIO	MORBN3FRZG100J	17/12/2008		17/03/2009	GESTIONE INTEGRATA

3 Accesso all'anagrafica e
al monitoraggio
glicemico del paziente

4 Accesso alle schede
di follow-up

Anagrafica/2

Abbinamenti MMG e Specialista

Indirizzo:	<input type="text"/>		
CAP:	<input type="text" value="00000"/>	Località:	<input type="text"/>
		Provincia:	<input type="text"/>

Dati del medico di medicina generale:

Medico Curante:	<input type="text" value="GIANFRANCESCO MO"/>	
Comune:	<input type="text" value="TERRACINA"/>	
Telefono:	<input type="text" value="0776311111"/>	
Cellulare:	<input type="text" value="3333333333"/>	Invia SMS: <input type="checkbox"/>
Email:	<input type="text" value="GIANFRANCESCO@ASLMO.IT"/>	INVIA EMAIL

Dati del medico specialista:

Medico Specialista:	<input type="text" value="FRANCESCO GIANDOMENICO"/>	
Tipo:	<input checked="" type="radio"/> Struttura <input type="radio"/> Privato	
Comune:	<input type="text" value="SANT'ANTONIO DI GALCERA"/>	
Ospedale:	<input type="text" value="S.C. AZ.LE DIABETE E MALATT. MET. OSP. S"/>	
Telefono:	<input type="text"/>	
Cellulare:	<input type="text" value="3333333333"/>	Invia SMS: <input type="checkbox"/>
Condividi Paziente con reparto:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Email:	<input type="text" value="GIANDOMENICO.FRANCESCO@ASLMO.IT"/>	INVIA EMAIL

Anagrafica/2

Abbinamenti MMG e Specialista

Indirizzo:	<input type="text"/>		
CAP:	<input type="text" value="00000"/>	Località:	<input type="text"/>
		Provincia:	<input type="text"/>

Dati del medico di medicina generale:

Medico Curante:	<input type="text" value="GIANFRANCESCO MO"/>	
Comune:	<input type="text" value="TERRACINA"/>	
Telefono:	<input type="text" value="077691101"/>	
Cellulare:	<input type="text" value="333333333"/>	Invia SMS: <input type="checkbox"/>
Email:	<input type="text" value="GIANFRANCESCO@ASL001.IT"/>	INVIA EMAIL

Dati del medico specialista:

Medico Specialista:	<input type="text" value="FRANCESCO GIANDOMENICO"/>	
Tipo:	<input checked="" type="radio"/> Struttura <input type="radio"/> Privato	
Comune:	<input type="text" value="SANT'ANTONIO DI GALCERA"/>	
Ospedale:	<input type="text" value="S.C. AZ.LE DIABETE E MALATT. MET. OSP. S"/>	
Telefono:	<input type="text"/>	
Cellulare:	<input type="text" value="333333333"/>	Invia SMS: <input type="checkbox"/>
Condividi Paziente con reparto:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Email:	<input type="text" value="GIANDOMENICO.FRANCESCO@ASL001.IT"/>	INVIA EMAIL

La scheda di follow-up

La scheda di follow-up, programmata indicativamente con cadenza trimestrale, mostra al MMG la sequenza degli esami e dei controlli da proporre periodicamente al paziente.

Operatore: PALAZZO A.S.L.:000

MedicAir[®]

ANAGRAFICA PAZIENTE **PAZIENTI GI**

Cognome: B	Nome: MARIA ITRIA	Data Nascita 2
Indirizzo: VIA NAZIONALE 107	Città:	Prov: C
Telefono: 0		
Data ultimo ingresso GI: 16/03/2009		
NOTTE: 2.00	RISVEGLIO: 6.30	POST COLAZIONE: 10.30
PRE PRANZO: 12.00	POST PRANZO: 16.00	
PRE CENA: 19.00	POST CENA: 22.30	BED TIME: 23.00

Scheda Annuale di follow-up

	UM	3 mesi Data : Prevista 16/06/2009 Effettuata il:	6 mesi Data: Prevista 16/09/2009 Effettuata il:	9 mesi Data: Prevista 16/12/2009 Effettuata il:	1 anno Data: Prevista 16/03/2010 Effettuata il:
Glicemia	mg/dl	<input type="text" value="0"/> 29/04/2009			
Emoglobina Glicata	%	<input type="text" value="0"/> 29/04/2009			
Pressione Arteriosa	mmHg	Sistolica: <input type="text" value="0"/> Diastolica: <input type="text" value="0"/> 29/04/2009			
Verifica autocontrollo		<input type="text" value="v"/> 29/04/2009			
Rafforzamento formativo		<input type="text" value="v"/> 29/04/2009			

E' possibile compilare i singoli campi indicando la reale data di effettuazione dell'esame.

La scheda di follow-up, chiusura

Colesterolo LDL	mg/dl				
HELP					
AST	U.I./l				
ALT	U.I./l				
GGT	U.I./l				
Globuli rossi					
Emoglobina	mg/dl				
Ematocrito	%				
Volume corpuscolare medio	fl				
Piastrine					
Globuli bianchi					
Rischio CV					

[SALVA 1° Visita](#) [Pdf](#) [CHIUDI 1° Visita](#)

Salva visita

Permette di salvare quanto inserito e consente di rientrare successivamente ad integrare dati ed informazioni.

Chiudi visita

Chiude definitivamente la colonna della visita e rende compilabile la colonna successiva.

Sostegno delle istituzioni

intervento dei decisori