

Aneks 1

Zalecenia dotyczące przekazywania chorego na cukrzycę typu 1
spod opieki pediatrycznej pod opiekę internistyczną

Okres przechodzenia spod opieki diabetologa pediatri pod opiekę diabetologa internisty jest momentem szczególnym w życiu młodego chorego na cukrzycę typu 1. Naczelną zasadą w przekazaniu chorego pod opiekę poradni diabetologicznej dla dorosłych powinno być utrzymanie ciągłości opieki lekarskiej, bez powstawania istotnej przerwy między opuszczeniem poradni pediatrycznej a rozpoczęciem leczenia w poradni internistycznej. Aby proces ten przebiegał bez zakłóceń, wskazane jest przestrzeganie następujących zaleceń:

1. Moment przekazania opieki nad chorym na cukrzycę z poradni pediatrycznej do poradni diabetologicznej dla dorosłych powinien być ustalany indywidualnie, tak aby proces ten nie zakłócał przebiegu terapii. W zależności od rozwoju emocjonalnego pacjenta, jego sytuacji rodzinnej i edukacyjnej oraz innych warunkowań optymalny okres przekazania opieki to wiek 16–21 lat.
2. Pacjent powinien być przygotowywany przez lekarza pediatrę do przejścia pod opiekę internistyczną przez co najmniej rok.
3. Na ostatniej wizycie w diabetologicznej poradni pediatrycznej, odbywającej się nie później niż 6 miesięcy przed przekazaniem opieki, pacjent powinien być kierowany na wizytę w diabetologicznej poradni internistycznej w sposób skoordynowany, co w szczególności oznacza:
 - ustalenie terminu wizyty w poradni internistycznej — po wcześniejszym porozumieniu z daną poradnią, jej koordynatorem i, optymalnie, z konkretnym lekarzem;
 - przekazanie choremu Karty Informacyjnej Opieki Pediatrycznej, sporządzonej według wzoru (patrz str. A52), zawierającej wszelkie istotne informacje dotyczące przebiegu leczenia cukrzycy w placówce pediatrycznej;
 - przesłanie pocztą (tradycyjną lub elektroniczną) kompletu informacji (w tym danych tzw. wrażliwych, np. dotyczących trudności w leczeniu danego chorego, jego trudnej sytuacji rodzinnej itp.) do poradni przejmującej opiekę nad chorym;
 - powiadomienie poradni internistycznej (np. drogą elektroniczną) o zakończeniu opieki pediatrycznej i przekazaniu chorego pod opiekę internistyczną.
4. Pacjent powinien zostać objęty opieką internistyczną najpóźniej 6 miesięcy po zakończeniu opieki pediatrycznej.
5. Wskazane jest tworzenie regionalnych sieci współpracujących poradni pediatrycznych i internistycznych, między którymi ustalono by zasady stałego kontaktu i przekazywania pacjentów. Współpraca ta powinna polegać między innymi na:
 - tworzeniu z rocznym wyprzedzeniem przez poradnię pediatryczną listy pacjentów, którzy opuszczają tę poradnię, i jej regularnym przekazywaniu do poradni dla dorosłych;
 - opracowaniu i zaakceptowaniu wspólnych wzorów dokumentacji, między innymi Karty Informacyjnej Opieki Pediatrycznej;
 - ustaleniu niezawodnych kanałów komunikacji, także drogą elektroniczną.
6. W przypadku dużej liczby przekazywanych pacjentów wskazane jest utworzenie — zarówno w poradni pediatrycznej, jak i internistycznej — funkcji koordynatora ds. przekazywania opieki, którego zadaniem byłoby regulowanie procesu kierowania i przejmowania chorych, ustalanie terminów wizyt, zapewnienie sprawnego przepływu informacji itd.
7. Tworzenie odrębnych dni przyjęć dla pacjentów przechodzących pod opiekę poradni dla dorosłych nie jest niezbędne, ale może być pomocne, np. ze względów organizacyjnych. W planowaniu pracy poradni internistycznej należy bowiem uwzględnić fakt znacznie większej czasochłonności wizyt pacjentów przechodzących spod opieki pediatrycznej, zwłaszcza jeżeli są oni leczeni za pomocą osobistej pompy insulinowej.

Opracował zespół:

Leszek Czupryniak, Przemysław Jarosz-Chobot, Tomasz Klupa, Małgorzata Myśliwiec, Agnieszka Szadkowska, Bogna Wierusz-Wysocka, Bogumił Wolnik

Karta Informacyjna Opieki Pediatrycznej

1. Dane osobowe* pacjenta

Imię i nazwisko

Wiek

PESEL

Adres zamieszkania: Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/mieszkania

2. Czas trwania cukrzycy: lat
3. Początek choroby — kwasica: tak nie
4. Cukrzyca w rodzinie: tak nie
5. Obecność przeciwciał (miano): ICA IA-2A GADA IAA nie oznaczano
6. Stężenie peptydu C przy rozpoznaniu: na czczo ng/ml po stymulacji ng/ml nie oznaczano
7. Czas trwania remisji: brak remisji remisja mies.
8. Terapia — insulinoterapia konwencjonalna (mieszanki)
— jak długo lat
— insulinoterapia *basal-bolus*
• sztywne dawki lat
• IFI** (wstrzykiwacze) lat
• IFI** (pompa) lat
9. Uwagi dotyczące aktualnie stosowanej terapii:
.....
10. Liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy od rozpoznania choroby
11. Przyczyny hospitalizacji (ile razy): kwasica istotne zaburzenia metaboliczne „cukrzyca chwiejna”
ciężka hipoglikemia
12. Epizody ciężkiej hipoglikemii w przebiegu choroby (ile razy)
13. Retinopatia: nie tak stopień
14. Nefropatia: nie tak stopień
15. Neuropatia: obwodowa: nie tak
autonomiczna: nie tak
16. Nadciśnienie tętnicze: nie tak / mm Hg (aktualne wartości)
otrzymywane leki
17. Choroby współistniejące:
18. Wartości HbA_{1c} w przebiegu choroby: aktualna %, najwyższa %, najniższa %
19. Aktywność fizyczna: duża (uprawia sport — jaki rodzaj), przeciętna , mała
20. Papierosy: nie tak już nie
21. Alkohol: tak (jak często , rodzaj) nie
22. Narkotyki: tak (jak często , rodzaj) nie okazjonalnie
23. Zaburzenia odżywiania: anoreksja bulimia
24. Współpraca z zespołem leczącym: dobra zła czasem dobra, czasem zła
25. Problemy rodzinne (kontakt z rodzicami): dobry zły rodzina dysfunkcyjna
26. Problemy w szkole (umiejętność czytania, umiejętność liczenia)
.....
27. Aktualnie uczy się w
- pracuje fizycznie pracuje umysłowo nie uczy się nie pracuje
28. Uwagi dodatkowe

Data wypełnienia

Lekarz prowadzący

*Odpowiednio: zaznaczyć lub uzupełnić

**IFI — intensywna funkcjonalna insulinoterapia