

wellion[®] MICRO-PUMP

SISTEM INZULINSKE ČRPALKE



AVSTRIJSKA
blagovna znamka
za zdravje

RAZISKAVA UPORABNIKOV / USER SURVEY

Terapija z inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP /

Insulin pump therapy with the Wellion MICRO-PUMP

Datum / Date : _____

Št. / No. : _____

Klinika/ambulanta / Clinic/Doctor's office

Začetek raziskave / Start of the survey

Zabeležite samo podatke:

1. pacientov, ki z intenzivirane inzulinske terapije (IIT) preidejo na terapijo z inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP, ali
2. pacientov, ki prej niso bili zdravljeni z inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP.

Please only document patients as follows:

1. who change from ICT to the Wellion MICRO-PUMP or
2. who had no Wellion MICRO-PUMP before

Podatki o pacientu / Patient data:

Začetnice / Initials: _____

Leto rojstva / Year of Birth: _____

Spol / Gender: _____

Teža / Weight: _____

Telesna višina / Height: _____

Tip sladkorne bolezni / Diabetes type: Tip 1 / Type 1 Tip 2 / Type 2 od / since: _____

Inzulinska terapija / Insulin therapy: IIT / ICT (intenzivirana inzulinska terapija) CSII / CSII (kontinuirano subkutano injiciranje inzulina)
od / since: _____

Znaki poznih zapletov sladkorne bolezni / Manifest diabetic late complications:

Retinopatija / Retinopathy

Mikroalbuminurija / Microalbuminuria

Nefropatija / Nephropathy/

Mikroangiopatija / Microangiopathy

Makroangiopatija / Makroangiopathy

Gastropareza / Gastroparesis

Nevropatija / Neuropathy

Drugo / Other: _____

Zdravljenje pred prehodom na inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP / Therapy prior to change to the Wellion MICRO-PUMP:

Kratko delujoči inzulin / *Short-acting Insulin*: Humalog® NovoRapid®

Običajni inzulin / *Regular insulin*: _____

Bolusni odmerek/24 ur / *Bolus dose/24 hrs.*: _____ enot inzulina / *Insulin units*

Dolgo delujoči inzulin / *Long-acting Insulin*: Lantus® Levemir® NPH® enot / *units*: _____

Bazalni odmerek/24 ur / *Basal dose / 24 hrs.*: _____ enot inzulina / *Insulin units*

Število injekcij / *number of injections*: _____

Uporaba senzorja za kontinuirano merjenje glukoze (CGM) / *Use of CGM*:

Vrsta uporabljenega senzorja za CGM / *Type of CGM used*: _____

Vnos hrane / *Intake of food* :

Obroki na dan (število) / *Meals per day (number)*: _____

Kateri obroki so zaužiti / *Which meals are taken?*

Zajtrk / *breakfast*

Jutranji prigrizek / *morning snack*

Kosilo / *lunch*

Popoldanski prigrizek / *snack afternoon*

Večerja / *dinner*

Povečerek / *late snack*

Kateri je načrtovani glavni obrok / *When is the main meal scheduled?*

Zajtrk / *breakfast*

Kosilo / *lunch*

Večerja / *dinner*

Aktivnost / *Activity*:

Med delom / *During working*:

nizka / *low*

srednja / *medium*

visoka / *high*

Športi / *Sports*:

brez / *none*

1–2 uri/teden / *1-2 hrs./week*

3–4 ure/teden / *3-4 hrs./week*

več kot 4 ure/teden / *more than 4 hrs./week*

vodni športi / *water sports*

Uravnavanje pri trenutni terapiji / *Management under the current therapy*:

Tu dokumentirajte rezultate pred prehodom na inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP /
Please document here the results prior to the change to the Wellion MICRO-PUMP

Zadnja vrednost HbA1c / *Last HbA1c*: _____ % dne / *on*: _____

Število hipoglikemij/teden / *Number Hypoglycemia / week*: _____ Resnost / *severity*:

lahka / *light*

srednja / *medium*

težka / *severe*

Hipoglikemija, pri kateri je potrebna podpora drugih / *Hypoglycemia with the need of support by others*:

Ne / *no* Da / *yes*

Če da, / *If yes*, hospitalizacija / *hospitalization*

brez hospitalizacije / *not hospitalized*

Ketoacidoza / Ketoacidosis: ne / no da / yes

Če da, / If yes hospitalizacija / hospitalization brez hospitalizacije / not hospitalized

Razlogi za prehod na terapijo s črpalko / Reasons for change to pump therapy:

- Znatno visoka potreba po inzulinu zgodaj zjutraj (fenomen zore) / *significant high demand of insulin in the early morning (significant Dawn-Phenomenon)*
- Pozni zapleti sladkorne bolezni / *diabetic late complications*
- Neuspešno uravnavanje vrednosti sladkorja pri intenzivirani inzulinski terapiji (IIT) / *no stable normoglycemic management under ICT*
- Trend k resni hipoglikemiji ali hipoglikemiji brez simptomov, večinoma ponoči / *Trend for severe hypoglycemia or hypoglycemia without symptoms, mainly during the night*
- Nereden življenjski ritem, intenzivno spreminjajoči se ritem dneva in noči / *unregular rhythm of life, intensively changing rhythm between day and night*
- Ženske, ki si želijo zanositi, nosečnost / *women who have an actual wish for a child, pregnancy*
- Drugo / other: _____

Razlogi za izbiro inzulinske črpalke Wellion MICRO-PUMP / Reasons for the choice of Wellion MICRO-PUMP:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Preprosto upravljanje / <i>easy operation</i> | <input type="checkbox"/> Črpalka brez cevke / <i>tubeless pump</i> |
| <input type="checkbox"/> Nastavitve prek menija v prenosnem asistentu za diabetes (PDA). / <i>menu driven settings on the PDA</i> | <input type="checkbox"/> Baterije za ponovno polnjenje / <i>batteries rechargeable</i> |
| <input type="checkbox"/> Spremembe bolusa (normalno, razširjeno, hitro) / <i>bolus variations (Normal, Extended, Quick)</i> | <input type="checkbox"/> Kalkulator bolusa / <i>Bolus Calculator</i> |
| <input type="checkbox"/> 7 vzorcev bazalnih nastavitvev / <i>7 basal rate patterns</i> | <input type="checkbox"/> Velikost, oblika, zasnova / <i>size, shape, design</i> |
| <input type="checkbox"/> Samodejna distribucija bazalne stopnje / <i>automatic distribution of the basal rate</i> | <input type="checkbox"/> Odstranljiva črpalka / <i>pump detachable</i> |
| <input type="checkbox"/> Opozorila v obliki optičnih informacij, zvoka ali tresljajev / <i>alerts as optical information, acoustic or vibration</i> | <input type="checkbox"/> Servis izvaja družba MED TRUST / <i>Service by MED TRUST</i> |
| <input type="checkbox"/> Obsežno poročanje / <i>comprehensive reporting</i> | <input type="checkbox"/> Pacientove želje / <i>wishes from the side of the patient:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Drugo / other: _____ | |

Prehod na inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP / Change to the Wellion MICRO-PUMP

Datum začetka terapije z inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP / *Date start of the therapy with the Wellion MICRO-PUMP:*

Infuzijski set / Infusion set: 6mm 9mm

Inzulin / Insulin: Humalog® NovoRapid® Actrapid PP® Insuman® Infusat U100

Drugo / Other: _____

Tehnično usposabljanje / Technical training:

- S strani zdravnika / *through doctor* S strani drugega osebja na kliniki / *through other staff of the clinic*
 S strani družbe MED TRUST / *MED TRUST*

Uporabljena gradiva pri usposabljanju / Used training materials:

- Navodila za uporabo črpalke / *Pump Instruction for Use* Kratek vodnik za uporabnika / *Short User Guide*
 Drugo / *Other*: _____

Konec raziskave / End of survey

Datum / *Date*: _____

Zadnja vrednost HbA1c / *Last HbA1c*: _____ % dne / *on*: _____

Bazalni odmerek/24 ur / *Basal dose/24 hrs.* _____ enot inzulina / *Insulin units*

Rezultati / Results:

Ali je med raziskavo prišlo do kakršnih koli dogodkov/ *Have there been any events during the survey?* Da/*yes* Ne/*no*

Spremljanje pri terapiji z inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP / Follow up with the therapy with the Wellion MICRO-PUMP /

Ali se bo terapija po koncu raziskave nadaljevala/ *Will the therapy be continued after end of the survey?*

- Da/*yes* Ne/*no*

Ali je bila terapija z inzulinsko črpalko Wellion MICRO-PUMP prekinjena / *Has the therapy with the Wellion MICRO-PUMP been discontinued?*

- Da/*yes* Ne/*no*

Če je bila, navedite razlog prekinitve. / *If yes, please state the reason for the discontinuation*

- Dogodek / *event*: _____

- Drugi razlogi / *other reasons*: _____

Hvala za podporo, ki ste jo podali s svojimi odgovori.
Z vašo pomočjo lahko ocenimo delovanje inzulinske črpalke Wellion MICRO-PUMP.

*Thank you for your support by answering these questions.
With your help we are able to rate the performance of the Wellion MICRO-PUMP.*