

„Szkoła Pompowa Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego”
Edycja VI

Karta Szkolenia

wymagana do uzyskania

*Certyfikatu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego potwierdzającego
umiejętności w zakresie leczenia przy pomocy osobistych pomp insulinowych.*

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Warszawa 2021

1. Wizyty w poradni (osobista pompa insulinowa).		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
5. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
6. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
7. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
8. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
9. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
10. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczęć opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

2. Wizyty w poradni (osobista pompa insulinowa i CGM).		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
5. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
6. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
7. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
8. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
9. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
10. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

3. Ustawienie funkcji SmartGuard 640G		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

4. Ustawienie funkcji SmartGuard 780G		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

5. Przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie programowania alarmów CGM.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

6. Podłączenie osobistej pompy insulinowej(model i nr seryjny OPI).		
Weryfikacja umiejętności pacjenta w zakresie technicznej obsługi pompy	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
Weryfikacja umiejętności pacjenta w zakresie zasad terapii	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	
Zaprogramowanie wlewu podstawowego	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	
Zaprogramowanie kalkulatora bolusa	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	

7. Przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie programowania i modyfikacji kalkulatora bolusa.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

8. Założenie zestawu infuzyjnego.		
1. <i>Nazwa zestawu (stalowa kaniula)</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa zestawu (miękka kaniula)</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa zestawu (miękka/stalowa kaniula)</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa zestawu (miękka/stalowa kaniula)</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

9. Założenie sensora CGM.		
1. <i>Nazwa sensora, nr seryjny urządzenia</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa sensora, nr seryjny urządzenia</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

10. Opieka nad pacjentem hospitalizowanym(model i nr seryjny OPI).		
Weryfikacja umiejętności pacjenta w zakresie technicznej obsługi pompy	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
Weryfikacja umiejętności pacjenta w zakresie zasad terapii	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	
Modyfikacja wlewu podstawowego	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	
Modyfikacja kalkulatora bolusa	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	

11. Przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie stosowania bolusów złożonych i przedłużonych z uwzględnieniem kalkulatora bolusa.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

12. Przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie stosowania czasowej zmiany wlewu podstaw.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

13. Zaprogramowanie alternatywnego wlewu podstawowego – określenie celu i okoliczności.		
1. <i>Powód zaprogramowania alternatywnego wlewu podstawowego</i>	 <i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	 <i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Powód zaprogramowania alternatywnego wlewu podstawowego</i>	 <i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	 <i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

14. Kwalifikacja lub dyskwalifikacja pacjenta do refundacji OPI < 26 r.ż.		
1. <i>Wskazania/przeciwwskazania</i>	 <i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	 <i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Wskazania/przeciwwskazania</i>	 <i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	 <i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

15. Odmowa refundacji zestawów infuzyjnych (kryteria PTD)		
1. <i>Powód odmowy Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	 <i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	 <i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Powód odmowy Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	 <i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	 <i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

16. Przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie postępowania podczas awarii OPI.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

17. Odczytanie parametrów leczenia (DDI, historia bolusów, średnia glikemia) z poziomu OPI.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

18. Odczytanie ilości aktywnej insuliny z poziomu OPI.		
1. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
2. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
3. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>
4. <i>Nazwa pompy i nr seryjny, HbA1c pacjenta</i>	<i>Data, podpis i pieczętka opiekuna</i>	<i>Pieczęć Ośrodka Szkolącego</i>

Zasady odbywania stażu praktycznego w ramach „Szkoły Pompowej PTD”

1. Staż praktyczny można odbywać maksymalnie w dwóch ośrodkach szkolących.
2. Czas stażu wynosi 50 godzin i wymagane jest wykonanie wszystkich procedur zamieszczonych w karcie szkolenia.
3. Jeżeli w czasie 50 godzin szkolenia nie zostały wykonane wszystkie procedury, czas stażu zostaje automatycznie wydłużony.
4. Zgłoszenie na staż praktyczny prosimy kierować drogą elektroniczną na adres PTD.
5. Formularz zgłoszeniowy umieszczony jest na stronie PTD, które koordynuje odbywanie szkoleń w wyznaczonych ośrodkach.
6. Szkolenie można odbywać w wybranych dniach po uzgodnieniu z osobą odpowiedzialną za organizowanie stażu w danym ośrodku.
7. Dane kontaktowe ośrodków oraz osób odpowiedzialnych za szkolenie znajdują się w tabeli umieszczonej poniżej.
8. Koszty dojazdu i pobytu pokrywają uczestnicy.
9. Warunkiem przystąpienia do kursu podsumowującego i egzaminu końcowego jest wykonanie wszystkich procedur umieszczonych w karcie szkolenia.
10. Egzamin końcowy odbędzie się podczas kursu podsumowującego i będzie składał się z części teoretycznej w formie testu oraz części praktycznej (omówienie przypadków, znajomość obsługi osobistej pompy insulinowej w zakresie podstawowym, znajomość zestawów infuzyjnych, obsługa programów komputerowych do analizy danych z OPI).

Ośrodek szkolący	Koordynator	E-mail
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UMP w Poznaniu. Szpital Miejski im. Franciszka Raszei, ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań. Tel. 61 224-52-70 kldiab@raszeja.poznan.pl	Dr n. med. Andrzej Gawrecki 502 832 671	pompainsulinowa@wp.pl
Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM-CSW 90-549 Łódź, ul. Żeromskiego 113, tel. 42 639-35-71	Dr n. med. Elektra Szymańska-Garbacz 600435885	etkag@op.pl
Regionalne Centrum Diabetologii Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne 80-214 Gdańsk ul. Smoluchowskiego 17 sekretarka - Marta Mikołajczak tel. 58 584-42-60	Dr n. med. Bogumił Wolnik	
Klinika Chorób Metabolicznych i Diabetologii NSSU w Krakowie, ul. M. Jakubowskiego 2, budynek I, Poziom 1 Tel. (sekretariat): 12 400 29 50 e-mail: metabol@cm-uj.krakow.pl	Prof. dr hab. Tomasz Klupa	tomasz.klupa@uj.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Thurm U., Gehr B. Osobiste pompy insulinowe i ciągle monitorowanie glikemii. Termedia, Poznań 2014.
2. Gawrecki A., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wierusz-Wysocka B. Praktyczne wskazówki w leczeniu cukrzycy osób dorosłych za pomocą osobistej pompy insulinowej. Wydanie 2. Via Medica, Gdańsk 2015.
3. Benbenek-Kłupa T., Kłupa T. Osobiste pompy insulinowe: filozofia leczenia i edukacja. Via Medica, Gdańsk 2015.
4. Sieradzki J. Zastosowanie osobistych pomp insulinowych w leczeniu chorych na cukrzycę. PZWL, Warszawa 2015.
5. Kłupa T., Szewczyk A. Leczenie osobistą pompą insulinową. Podręcznik dla pielęgniarek i położnych. PZWL, Warszawa 2015.
6. Frąckowiak U., Gawrecki A., Araszkiwicz A., Adamska A., Michalak M., Zozulińska-Ziółkiewicz D. Kalkulator bolusa w osobistych pompach insulinowych - zalety, różnice i praktyczne wskazówki. Diabet. Prakt. 2020 T. 6 nr 4 s. 254-259.
7. Adamska A., Gawrecki A., Araszkiwicz A., Zozulińska-Ziółkiewicz D. Oczekiwane efekty terapii za pomocą osobistej pompy insulinowej. Diabetologia po Dyplomie. 2021:T.18,nr 1, s. 29-33.