



CANADA

Ce formulaire sert de Déclaration de nécessité médicale de la pompe à insuline Tandem et de toutes les fournitures de diabète connexes devant être fournies par Tandem Diabetes Care Canada ou par des distributeurs autorisés ou des partenaires en développement de produits.

RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE DU PATIENT	1	NOM DU PATIENT (PRÉNOM, NOM)	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Refuse de répondre
	ADRESSE DU PATIENT	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
	COURRIEL			
	NOUVELLE POMPE À INSULINE <input type="checkbox"/> Pompe à insuline t:slim X2™ avec la technologie Basal-IQ™ <input type="checkbox"/> Pompe à insuline t:slim X2 avec la technologie Control-IQ™			
	ENSEMBLES DE PERFUSION <input type="checkbox"/> Préférence du patient <input type="checkbox"/> Autre produit, le cas échéant :			

DÉCLARATION DE NÉCESSITÉ MÉDICALE POUR L'UTILISATION D'UNE POMPE À INSULINE (COCHER TOUTES LES CONDITIONS PERTINENTES)	2	TRAITEMENT DU DIABÈTE ACTUEL : <input type="checkbox"/> Pompe à insuline (paramètres actuels) <input type="checkbox"/> Injections quotidiennes multiples (Ordonnances pour doses initiales d'insuline requises; formation avec salin si protocole de la clinique.)		
	DIAGNOSTIC: <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	DATE DU DIAGNOSTIC (MM/AAAA)		
	3 DERNIERS RÉSULTATS HbA1c (1) HbA1c : _____ Date : _____ (2) HbA1c : _____ Date : _____ (3) HbA1c : _____ Date : _____			
	<input type="checkbox"/> Le patient/soignant a suivi une formation sur le diabète (y compris le décompte des glucides) et est motivé à maintenir une glycémie optimale			
	<input type="checkbox"/> Le patient/soignant a la capacité de faire fonctionner et d'utiliser une pompe à insuline pour prendre sa glycémie en charge			
	<input type="checkbox"/> La pompe actuelle est hors garantie ou sa fonctionnalité ne répond plus aux besoins médicaux du patient (voir « Autres problèmes » pour plus de détails)			
	<input type="checkbox"/> Les variations de l'emploi du temps quotidien et/ou l'exercice nuisent à la régulation glycémique par injections quotidiennes multiples			
	<input type="checkbox"/> Les journaux de glycémie indiquent que la glycémie est vérifiée au besoin			
	<input type="checkbox"/> Le patient fait plusieurs injections quotidiennes, c'est-à-dire 3 à 4 injections ou plus par jour, et peut ajuster lui-même les doses d'insuline			
	<input type="checkbox"/> Rappels de prise en charge du diabète requis (glyc., bolus repas, changement du site de perfusion)			
<input type="checkbox"/> Historique : acidocétose diabétique/ACD, hypoglycémie sévère Autre(s) : _____ Date : _____				
<input type="checkbox"/> Malgré de fréquents ajustements thérapeutiques, la régulation glycémique du patient est sous-optimale, mise en évidence par les grandes fluctuations glycémiques allant de _____ à _____ mmol/L				
<input type="checkbox"/> La patiente est enceinte ou planifie une grossesse		<input type="checkbox"/> Hypoglycémie asymptomatique	<input type="checkbox"/> Néphropathie	
<input type="checkbox"/> Phénomène de l'aube (hyperglycémie matinale)		<input type="checkbox"/> Hypoglycémie nocturne	<input type="checkbox"/> Gastroparésie	
<input type="checkbox"/> Sensibilité extrême à l'insuline		<input type="checkbox"/> Rétinopathie	<input type="checkbox"/> Exigence liée à l'acuité auditive	
<input type="checkbox"/> Insulino-résistance extrême		<input type="checkbox"/> Neuropathie	<input type="checkbox"/> Déconnexion du site de perfusion requise	
<input type="checkbox"/> Autres problèmes :				

PRESCRIPTEUR	3	NOM DU PRESCRIPTEUR	NUMÉRO DE LICENCE MÉDICALE		
	ADRESSE DU BUREAU	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE			
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	
	CENTRE D'ENSEIGNEMENT SUR LE DIABÈTE				COURRIEL

Attestation du prescripteur et signature/date

Je certifie que je suis le prescripteur identifié ci-dessus et que j'ai lu tous les renseignements d'ordonnance ci-dessus. J'ai revu et signé toute déclaration sur mon papier à en-tête ci-jointe. Je certifie que tous les renseignements sur la nécessité médicale sont vrais, exacts et complets, à ma connaissance. Le dossier du patient contient des pièces justificatives attestant l'utilisation et la nécessité médicale des produits indiqués ci-dessus. Je comprends les indications et les avertissements et précautions connexes des produits Tandem que j'ai prescrits ici. Je comprends que toute falsification, omission ou dissimulation de fait matériel peut engager ma responsabilité civile ou pénale. Une copie de cette ordonnance sera consignée au dossier médical du patient.

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR (LES TIMBRES DE SIGNATURE NE SONT PAS ACCEPTÉS) X	DATE (JJ/MM/AAAA)
---	-------------------