

Certificat de nécessité médicale Système de surveillance du glucose en continu (SGC)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Adresse courriel (facultatif) : _____

CERTIFICAT DE NÉCESSITÉ MÉDICALE

Type de diabète : Type 1 Type 2 Gestationnel

Prise en charge du diabète : Multi-injections quotidiennes (_____ injections par jour)

Tests avec un lecteur de glycémie (_____ tests par jour)

Pompe à insuline - (depuis le : ____/____/____)

FACULTATIF

Seulement quelques compagnies d'assurance exigent les résultats d'HbA_{1c}: Manuvie, RAEQ, Johnson Group et Manion-Wilkins.

1er résultat d'HbA_{1c} : _____ Date : _____

2e résultat d'HbA_{1c} : _____ Date : _____

3e résultat d'HbA_{1c} : _____ Date : _____

INDICATIONS CLINIQUES À L'APPUI

- Motivé à mieux maîtriser et à contrôler sa glycémie
- Capacité démontrée d'effectuer les tests d'autosurveillance de la glycémie
- Capacité démontrée de contrôler lui-même son taux de glucose avec de l'insuline (insuline à action prolongée ou à action rapide)
- Antécédents de perception altérée de l'hypoglycémie
- Antécédents d'excursions glycémiques graves
- Antécédents d'hypoglycémie nocturne
- Épisodes récurrents d'hypoglycémie grave
- Signes concrets d'épisodes d'hypoglycémie grave inexpliqués exigeant une intervention externe pour les corriger
- Autre : _____

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom du médecin : _____ Contact au bureau : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse courriel (facultatif) : _____

Le présent document tient lieu d'Ordonnance et de Certificat de nécessité médicale pour le patient décrit ci-dessus pour le système Dexcom de surveillance du glucose en continu (SGC), les capteurs de SGC Dexcom, l'émetteur de SGC Dexcom de remplacement, le récepteur de SGC Dexcom de remplacement et toutes les fournitures connexes distribuées par Dexcom Canada, Inc. NE PAS SUBSTITUER.

J'atteste que je suis le médecin identifié dans la section ci-dessus et que, pour autant que je sache, les renseignements qui précèdent concernant la nécessité médicale sont vrais, exacts et complets. Je comprends que toute fausse déclaration, omission ou dissimulation d'un fait important dans cette section peut m'exposer à un recours civil ou pénal.

Signature : _____ Date : _____

**Veillez acheminer le formulaire par courriel, à l'adresse ca.sales.dc@Dexcom.com, par télécopieur, au numéro sans frais d'appel 1-844-348-0784, ou par la poste, à l'adresse :
Dexcom Canada, Inc. 501 – 4445 Lougheed Hwy, Burnaby, C.B. V5C 0E4**