

# PRESCRIPTION POUR LE SYSTÈME DEXCOM G6 DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Nouveau patient

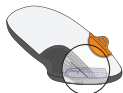


1 trousse d'initiation Hello Dexcom

Comprend : 1 capteur, 1 émetteur, Instructions d'utilisation

CUP : 00386270001658

## Rx 90 jours



3 boîtes de 3 capteurs de SGC Dexcom G6

CUP : 40386270000925

Renouvellements : \_\_\_\_\_



1 émetteur de SGC Dexcom G6

CUP : 10386270001624

Renouvellements : \_\_\_\_\_

## RÉCEPTEUR FACULTATIF \* – n'est pas offert en pharmacie



1 récepteur de SGC Dexcom G6, CUP : 00386270001115

\* Le récepteur est facultatif lorsque le patient utilise un appareil intelligent compatible (comme un téléphone intelligent). Pour consulter une liste des appareils intelligents compatibles, allez à : [www.dexcom.com/compatibility](http://www.dexcom.com/compatibility). Si le patient a besoin d'un récepteur, veuillez lui demander de communiquer avec Dexcom directement en appelant sans frais au numéro 1-844-832-1810.

## COORDONNÉES DU PRESCRIPTEUR – ou insérer l'étampe ou l'autocollant de la clinique ci-dessous

Signature : \_\_\_\_\_

Nom du prescripteur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_