



DT9274

**Programme d'accès aux pompes à insuline**  
**RENOUVELLEMENT DE L'ADMISSIBILITÉ**  
**(Pour la clientèle adulte)**

Section 1 : Usager			
Nom et prénom			
Date de naissance		Année	Mois Jour
Adresse (N°, rue, app.)			
Municipalité, province		Code postal	
N° de téléphone		Ind. rég.	
N° d'assurance maladie			
Courriel d'une personne à contacter (pour toutes demandes d'informations supplémentaires de la part de l'agent payeur)			

Section 2 : Prescripteur autorisé		
Nom et prénom	N° de pratique	Lieu d'exercice

Section 3 : Critères d'admissibilité (à renouveler annuellement)
<p><b>L'utilisateur fait la démonstration à l'équipe de soins en diabète de son engagement à répondre à l'ensemble de ces critères :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer et poursuivre la surveillance des glycémies capillaires, au minimum avant chaque repas et au coucher (minimum 4 fois par jour)</p> <p><input type="checkbox"/> Inscrire ou consigner les résultats des glycémies capillaires sur une base régulière</p> <p><input type="checkbox"/> Maîtriser les concepts du calcul avancé des glucides et les appliquer à son plan alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Se présenter pour un suivi régulier en clinique de diabète (minimum de deux visites par an), accéder à des soins multidisciplinaires en diabète selon les recommandations du médecin traitant et participer régulièrement à la mise à jour des connaissances en pompe à insuline</p>

Section 4 : Couverture d'assurance		
Assurances privées :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez inscrire :
Nom de la compagnie	Détenteur de l'assurance	N° de police ou de contrat
<p>J'autorise l'agent payeur ainsi que la compagnie de pompe à insuline à communiquer avec mon assureur pour vérifier mes couvertures en lien avec le programme de « Pompes à insuline »</p> <p>Signature de l'assuré : _____</p>		

Section 5 : Signature du prescripteur autorisé (cette évaluation est valide pour une année)	
<p>J'atteste que la personne mentionnée ci-dessus :</p> <p><input type="checkbox"/> répond aux critères d'admissibilité clinique</p> <p><input type="checkbox"/> ne répond plus aux critères d'admissibilité clinique</p> <p>afin de pouvoir bénéficier du programme de remboursement gouvernemental pour les pompes à insuline ainsi que les fournitures.</p>	<p><b>Retourner le présent formulaire :</b></p> <p><b>Par courrier :</b> Services financiers – CHU de Québec 775, rue Saint-Viateur Québec (Québec) G2L 2Z3</p> <p><b>Par courriel :</b> programmeinsuline@chudequebec.ca</p> <p><b>Par télécopieur :</b> 418 621-9926</p>
Signature du prescripteur autorisé	Date
	Année Mois Jour

**Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment remplies et que celui-ci est signé avant de le retourner à l'agent payeur. Une copie doit également être remise à l'utilisateur.**