

Programme accès pompes insuline  
**RENOUVELLEMENT ADMISSIBILITÉ (ADULTE)**

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Établissement :  |                          |  |
| <b>Section 1 : Usager (voir adressographe)</b>   |                          |  |
| <b>Section 2 : Prescripteur autorisé</b>   |                          |  |
| Nom et prénom  | N° de pratique           | Lieu d'exercice  |
|  |                          |  |
| <b>Section 3 : Critères d'admissibilité (à renouveler annuellement)</b>  |                          |  |
| <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> |                          |  |
| <b>Section 4 : Couverture d'assurance</b>  |                          |  |
| <p><b>Assurances privées :</b>      <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <b>Si oui, veuillez inscrire :</b></p>   |                          |  |
| 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 l'insuline »</p> <p style="text-align: right;">Signature de l'assuré : _____</p>   |                          |  |
| <b>Section 5 : Signature du prescripteur autorisé (cette évaluation est valide pour une année)</b>   |                          |  |
| <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><br/>Services financiers – CHU de Québec<br/>775, rue Saint-Viateur<br/>Québec (Québec) G2L 273</p> <p><b>Par courriel :</b><br/>programmeinsuline@chudequebec.ca</p> <p><b>Par télécopieur :</b> 418 621-9926</p> |
| <b>Signature du prescripteur autorisé</b>  | <b>Date</b>              |  |
|  | Année    Mois    Jour    |  |
|  |                          |  |
| <p><b>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.</b></p>  |                          |  |