

**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>		
<b>Assurances privées :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui, veuillez inscrire :</b>		
Nom de la compagnie	Détenteur de l'assurance	N° de police ou de contrat
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 »		
Signature de l'assuré : _____		
<b>Section 5 : Signature du prescripteur autorisé (cette évaluation est valide pour une année)</b>		
J'atteste que la personne mentionnée ci-dessus :		<b>Retourner le présent formulaire :</b> <b>Par courrier :</b> Services financiers – CHU de Québec 775, rue Saint-Viateur Québec (Québec) G2L 2Z3  <b>Par courriel :</b> programmeinsuline@chudequebec.ca  <b>Par télécopieur :</b> 418 621-9926
<input type="checkbox"/> Répond aux critères d'admissibilité clinique <input type="checkbox"/> Ne répond plus aux critères d'admissibilité clinique afin de pouvoir bénéficier du programme de remboursement gouvernemental pour les pompes à insuline ainsi que les fournitures.		
Signature du prescripteur autorisé	Date	
	Année    Mois    Jour	
<p align="center"><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>		