



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**FORMULAIRE DE LIAISON
POUR L'APPLICATION DE L'OC-2019-07**

Initier ou renouveler une ordonnance de lancettes et bandelettes pour un lecteur de glycémie capillaire (glucomètre)

ALLERGIE : _____ GROSSESSE AUTRE(S) : _____

J'ai procédé à l'évaluation de la personne mentionnée ci-dessus. Je confirme qu'elle est une candidate à l'utilisation des lancettes et bandelettes pour la prise de la glycémie capillaire. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente.

Type de glucomètre : _____

Fréquence de l'autosurveillance : _____

Quantité de lancettes : _____ Ren : _____

Quantité de bandelettes : _____ Ren : _____

Situation clinique particulière nécessitant une surveillance plus étroite de la glycémie. (raison obligatoire) :

Durée prévue (obligatoire) : _____

Code RAMQ : _____

Commentaire(s) : _____

Prénom et nom du médecin prescripteur

Numéro du permis

Numéro de tél

Installation

Prénom et nom du professionnel

Numéro du permis

Numéro de tél

Installation (si différent)

AAAA/MM/JJ

Heure

Signature du professionnel

L'ordonnance collective en vigueur est disponible sur le site internet du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : <http://ciuss-nordmtl.gouv.qc.ca/index.php?id=15522>