



DT9062

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**FORMULAIRE DE LIAISON POUR L'APPLICATION
DE L'OC-2019-08 Initier ou poursuivre l'utilisation
du système flash de surveillance du glucose (SFSG)**

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

ALLERGIE : _____ AUTRE(S) : _____

J'ai procédé à l'évaluation de l'utilisateur dont le nom figure ci-dessus. Il est un candidat à l'utilisation du système flash de surveillance du glucose (SFSG). Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente. L'utilisateur a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation du SFSG.

- Lecteur du système flash de surveillance du glucose
- Capteurs du système flash de surveillance du glucose : Quantités : _____ Ren : _____
- Un formulaire de demande d'autorisation de paiement spécifique pour le SFSG a été complété (car l'utilisateur est couvert par l'assurance médicaments de la RAMQ)

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

_____	_____	_____	_____
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
_____	_____	_____	_____
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			