

Demande de fournitures pour les tests de glycémie

Le présent formulaire doit être rempli par un médecin ou infirmière praticienne ou un éducateur agréé en diabète.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom de famille:	Prénom:	Second prénom:
No de la carte d'assistance médicale: ~sf04:FDMemberID	Date de naissance (AAAA/MM/JJ):	
Adresse postale:	Date d'aujourd'hui (AAAA/MM/JJ):	
<p style="font-size: small;">Note: La demande est valide pour un an seulement, à partir de la date susmentionnée. Le ministère du Développement social surveillera et évaluera les renseignements fournis. Les quantités de bandelettes mentionnées ci-dessous représentent le nombre maximal remboursable par année.</p>		

NOMBRE DE BANDELETTES PERMIS POUR L'AUTOSURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE (ASG)

(COCHEZ SEULEMENT UNE CASE)

Catégories de patients	Nombre permis annuelle	Circonstances exceptionnelles (deux demandes supplémentaires permises par année)
Nouvellement diagnostiqué diabète de type 2 et qui ne prend pas de médicaments antidiabétiques <i>* Pour la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 qui contrôlent leur glycémie seulement par la diète, une ASG régulière n'est pas nécessaire.</i>	<input type="checkbox"/> 50 bandelettes et fournitures associées pour test	50 bandelettes supplémentaires sont nécessaires parce que le patient a ce qui suit: <input type="checkbox"/> maladie aiguë, modification importante de la routine, modification du dosage ou du régime posologique <input type="checkbox"/> taux de glycémie mal contrôlés ou instables <input type="checkbox"/> antécédents ou risque accru d'hypoglycémie <input type="checkbox"/> profession dans laquelle l'hypoglycémie menace la sécurité <input type="checkbox"/> prévoit de devenir enceinte
Diabète de type 2 qui prend des médicaments antidiabétiques oraux (entre autres, metformine, sécrétagogue d'insuline, inhibiteur de la DPP-4) <i>* Pour la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 qui prennent des médicaments antidiabétiques oraux, une ASG régulière n'est pas nécessaire. Un test peut être nécessaire dans certaines situations, mais seulement si cela aide à déterminer les mesures précises à prendre.</i>	<input type="checkbox"/> 100 bandelettes (jusqu'à 50 bandelettes remises tous les six mois) et fournitures associées pour test	<input type="checkbox"/> maladie aiguë, modification importante de la routine, modification du dosage ou du régime posologique <input type="checkbox"/> taux de glycémie mal contrôlés ou instables <input type="checkbox"/> antécédents ou risque accru d'hypoglycémie <input type="checkbox"/> profession dans laquelle l'hypoglycémie menace la sécurité <input type="checkbox"/> prévoit de devenir enceinte <i>Note: Dans certaines situations exceptionnelles une demande spéciale pour des bandelettes supplémentaires peut être permise si un besoin médical est identifié par un médecin ou infirmière praticienne par lettre.</i>
Diabète gestationnel ou type 2 et enceinte mais ne reçoit pas d'insuline <i>*La fréquence de test devrait être individualisée pour les femmes enceintes qui n'utilisent pas la pharmacothérapie pour leur diabète.</i>	<input type="checkbox"/> Quantité personnalisée pour maîtriser la glycémie de façon optimale. _____ bandelettes et fournitures associées pour test à chaque mois x _____ mois DPA: _____	
Diabète de type 1 ou 2 prenant de l'insuline <i>* La plupart des adultes atteints de diabète de type 2 qui utilisent l'insuline basale ont besoin, en moyenne, d'un maximum de 14 bandelettes par semaine.</i>	<input type="checkbox"/> Quantité personnalisée afin d'orienter les modifications à apporter à l'insulinothérapie pour maîtriser la glycémie de façon optimale. _____ bandelettes et fournitures associées pour test à chaque mois x _____ mois Les fournitures sont requises pour l'administration de l'insuline _____ x _____ par jour	

*Optimal Therapy Recommendations for the Prescribing and Use of Blood Glucose Test Strips. Ottawa: ACMTS; juillet 2009. Disponible à l'adresse suivante: www.cadth.ca/media/pdf/compus_BGTS_OT_Rec_e.pdf et Autosurveillance de la glycémie chez les patients atteints de diabète de type 2 et non insulino-dépendants. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, no 1, numéro d'article: CD005060.

RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DE LA DEMANDE

Adresse:	Nom:
	Numéro de permis du médecin ou numéro prescripteur de l'infirmière praticienne: <i>ou</i>
	Numéro d'agrément de l'éducateur agréé en diabète:
	Numéro de téléphone et télécopieur:

Signature de l'auteur de la demande:

SVP veuillez retourner ce formulaire complété à votre bureau régional du développement social ainsi qu'une estimation de la pharmacie