

## Certificat de nécessité médicale Système de surveillance du glucose en continu (SGC)

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_

### CERTIFICAT DE NÉCESSITÉ MÉDICALE

Type de diabète :  Type 1  Type 2  Gestationnel  
Prise en charge du diabète :  Multi-injections quotidiennes ( \_\_\_\_\_ injections par jour)  
 Tests avec un lecteur de glycémie ( \_\_\_\_\_ tests par jour)  
 Pompe à insuline - (depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
 Conformité avec le régime alimentaire et la prescription d'insuline

#### FACULTATIF

Seulement quelques compagnies d'assurance exigent les résultats d'HbA<sub>1c</sub>: Manuvie, RAEQ, Johnson Insurance, et Manion Wilkins.

1er résultat d'HbA<sub>1c</sub> : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
2e résultat d'HbA<sub>1c</sub> : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
3e résultat d'HbA<sub>1c</sub> : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### INDICATIONS CLINIQUES À L'APPUI

- Motivé à mieux maîtriser et à contrôler sa glycémie
- Capacité démontrée d'effectuer les tests d'auto-surveillance de la glycémie
- Capacité démontrée de contrôler lui-même son taux de glucose avec de l'insuline (insuline à action prolongée ou à action rapide)
- Antécédents de perception altérée de l'hypoglycémie
- Antécédents d'excursions glycémiques graves
- Antécédents d'hypoglycémie nocturne
- Épisodes récurrents d'hypoglycémie grave
- Signes concrets d'épisodes d'hypoglycémie grave inexpliqués exigeant une intervention externe pour les corriger
- Autre : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU MÉDECIN

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Contact au bureau : \_\_\_\_\_  
Nom de l'hôpital ou de la clinique : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_

Le présent document tient lieu d'Ordonnance et de Certificat de nécessité médicale pour le patient décrit ci-dessus pour le système Dexcom de surveillance du glucose en continu (SGC), les capteurs de SGC Dexcom, l'émetteur de SGC Dexcom de remplacement, le récepteur de SGC Dexcom de remplacement et toutes les fournitures connexes distribuées par Dexcom Canada, Inc. NE PAS SUBSTITUER.

J'atteste que je suis le médecin identifié dans la section ci-dessus et que, pour autant que je sache, les renseignements qui précèdent concernant la nécessité médicale sont vrais, exacts et complets. Je comprends que toute fausse déclaration, omission ou dissimulation d'un fait important dans cette section peut m'exposer à un recours civil ou pénal.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Veillez acheminer le formulaire par courriel, à l'adresse [ca.sales.dc@Dexcom.com](mailto:ca.sales.dc@Dexcom.com), par télécopieur, au numéro sans frais d'appel 1-844-348-0784, ou par la poste, à l'adresse :**

**Dexcom Canada, Inc. 501 – 4445 Lougheed Hwy, Burnaby, C.B. V5C 0E4**