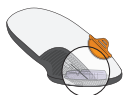


PRESCRIPTION POUR LE SYSTÈME DEXCOM G6 DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)

Nom du patient : _____ Date : _____

Rx 90 jours



3 boîtes de 3 capteurs de SGC Dexcom G6

Renouvellements : _____



1 émetteur de SGC Dexcom G6

Renouvellements : _____

RÉCEPTEUR FACULTATIF * – non disponible pharmacie



1 récepteur de SGC Dexcom G6

* Le récepteur est facultatif lorsque le patient utilise un appareil intelligent compatible (comme un téléphone intelligent). Pour consulter une liste des appareils intelligents compatibles, allez à : www.dexcom.com/compatibility. Si le patient a besoin d'un récepteur, veuillez lui demander de **communiquer avec Dexcom directement en appelant sans frais au numéro 1-844-832-1810, option 1.**

**COORDONNÉES DU PRESCRIPTEUR – ou insérer l'étampe
ou l'autocollant de la clinique ci-dessous**

Signature : _____

Nom du prescripteur (en lettres moulées) : _____