

**IMPORTANT**

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

### 1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))			
Nom		Prénom		Nom		Prénom	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant			
N°	Rue		N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
Ville			Province		Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ?		
Code postal	N° de téléphone (1)		N° de téléphone (2)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.							

### 2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité		N° de permis	
N°	Rue		N° de bureau		Ville		
Province		Code postal		N° de téléphone		Courriel	

### 3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

Nom du médicament <b>CAPTEUR ET ÉMETTEUR DEXCOM G6</b>		Forme pharmaceutique		Teneur		Posologie	
Durée prévue du traitement du (AAAA-MM-JJ)		au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/>				Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).	
Type de demande <input type="checkbox"/> Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7) <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)							

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE

Diagnostic ou situation clinique							
<input type="checkbox"/> Personne atteinte de diabète de <b>type 1</b> , âgée de deux ans ou plus mais de moins de 18 ans							
<input type="checkbox"/> Personne atteinte de diabète de <b>type 1</b> , âgée de 18 ans ou plus							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							
Contrôle du diabète (Sélectionnez le ou les critères correspondant à la personne âgée de 18 ans ou plus)							
<input type="checkbox"/> Non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée à la personne en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie							
<input type="checkbox"/> Épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie <sup>1</sup>							
<input type="checkbox"/> Inhabileté à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie. Précisez : _____							
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____							

<sup>1</sup> Un plan de gestion de la glycémie est conseillé pour la prévention de l'hypoglycémie. Parmi les stratégies recommandées (Yale 2018), se trouvent : respecter son plan d'alimentation (quantité de glucides à consommer), respecter l'horaire des repas et des collations, respecter sa prescription d'insuline, mesurer régulièrement sa glycémie et ajuster au besoin le traitement comme recommandé, ajuster la dose d'insuline ou les glucides de l'alimentation en fonction d'une activité physique.

### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

La personne utilise le Dexcom G6 <sup>MC</sup> de façon optimale, soit au moins 70 % du temps							
<input type="checkbox"/> Oui							
<input type="checkbox"/> Non. Précisez : _____							

## 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

## 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

_____	_____
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

### Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à [sel.ccq.org](http://sel.ccq.org) (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : **514 341-4451**
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8