



<input checked="" type="checkbox"/> HME	<input type="checkbox"/> HGM	<input type="checkbox"/> HRV
<input type="checkbox"/> MCH	<input type="checkbox"/> MGH	<input type="checkbox"/> RVH
<input type="checkbox"/> HNM	<input type="checkbox"/> ITM	<input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> MNH	<input type="checkbox"/> MCI	<input type="checkbox"/> LC



## Programme d'accès aux pompes à insuline – Grille d'aide à la décision clinique

1 – Personne assurée	2 – Prescripteur autorisé
<p>Carte de l'établissement ou d'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><b>Numéro d'assurance maladie de la personne admissible</b></p> <p>_____</p> <p><i>Si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i></p>	<p><b>Nom et Prénom</b></p> <p>_____</p> <p><b>No de pratique</b></p> <p>_____</p> <p><b>Nom du centre hospitalier participant au programme</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Nom et Prénom</b></p> <p>_____</p> <p><b>Sexe</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fille    <input type="checkbox"/> Garçon</p>	<p><b>Date de naissance</b></p> <p style="text-align: center;">ANNÉE    MOIS    JOUR</p> <p>_____</p>

3 – Critères d'admissibilité
<b>3.1 - Section à compléter à l'inscription du patient au programme d'accès</b>
<p><b>Le patient répond à au moins une des indications cliniques (cocher toutes les indications qui s'appliquent et remplir/noircir le carré correspondant à l'indication principale) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hypoglycémies nocturnes ou hypoglycémies sévères récurrentes</li> <li><input type="checkbox"/> Incapacité à percevoir les signes et symptômes d'hypoglycémie</li> <li><input type="checkbox"/> Contrôle glycémique (HbA1c) suboptimal malgré le respect des consignes thérapeutiques</li> <li><input type="checkbox"/> Labilité glycémique malgré le respect des consignes thérapeutiques</li> <li><input type="checkbox"/> Difficultés importantes ou impossibilité à assurer la réalisation de l'injection d'insuline le midi en garderie ou à l'école</li> </ul>
<b>3.2 - Section à compléter lors de l'inscription du patient au programme ET à chaque renouvellement</b>
<p><b>Le patient (et ses parents) fait la démonstration à l'équipe de soins en diabète de son engagement à répondre à l'ensemble de ces critères :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Effectuer et poursuivre la surveillance des glycémies capillaires, au minimum avant chaque repas et au coucher</li> <li><input type="checkbox"/> Inscrire ou consigner les résultats des glycémies capillaires sur une base régulière</li> <li><input type="checkbox"/> Maîtriser les concepts du calcul avancé des glucides et les appliquer dans le plan alimentaire de l'enfant</li> <li><input type="checkbox"/> Offrir à l'enfant le soutien, la supervision et l'encadrement parental requis pour assurer une utilisation sécuritaire et appropriée de la pompe à insuline</li> <li><input type="checkbox"/> Participer à un programme de formation de pompe conçu selon l'âge de la clientèle</li> <li><input type="checkbox"/> Se présenter pour un suivi régulier en clinique avec une équipe de soins multidisciplinaire en diabète (minimum de trois visites par an) et participer régulièrement à la mise à jour des connaissances</li> </ul>

4 – Signature du prescripteur autorisé	
<p>_____</p> <p>Signature du prescripteur autorisé</p>	<p><b>Date</b></p> <p style="text-align: center;">ANNÉE    MOIS    JOUR</p> <p>_____</p> <p>(Cette évaluation est valide pour une année)</p>