

Les champs obligatoires sont marqués d'un*.

INFORMATIONS PERSONNELLES PATIENT(E)

Prénom(s) *

Date de naissance *

Nom *

Nom de l'assurance* :

Utilisateur(ice) d'une pompe * ☐ Oui ☐ Non

Numéro de la carte d'assuré(e) *

(numéro à 20 chiffres figurant sur votre carte d'assuré(e) commençant par 80...)

Modèle *

COORDONNÉES * (VEUILLEZ INDIQUER AU MOINS UN CANAL DE COMMUNICATION)

Téléphone mobile *

E-mail*

Adresse*

REPRÉSENTANT LÉgal (SI LE / LA PATIENT(E) EST MINEUR(E))

Prénom(s)

Parent ☐ Oui ☐ Non

Nom

Curateur(trice) / Tuteur(trice) ☐ Oui ☐ Non**ORDONNANCE DÉLIVRÉE PAR L'ENDOCRINOLOGUE / DIABÉTOLOGUE**

Prénom *

Numéro RCC *

Nom *

INFORMATIONS SUR L'ORDONNANCE MEDTRUM TOUCHCARE Nano (VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)**Pompe à insuline****

LiMA 03.02.01.00.2

☐ Oui ☐ 200U
☐ Non ☐ 300U**Capteurs**

LiMA 21.05.02.00.3

☐ Oui ☐ mmol
☐ Non ☐ mg**Transmetteur ****

LiMA 21.05.01.00.2

☐ Oui ☐ mmol
☐ Non ☐ mg**Formation**☐ Patient(e) a été formé(e)
☐ Formation nécessaire**Ordonnance**

Début de l'approvisionnement *

** [Le patient s'assure que son téléphone est compatible.](#)**DIAGNOSTIC**

Diabetes mellitus sous une insulinothérapie intensifiée (remplit les critères de la LiMA pour la catégorie 21.06). ***

PAR MA SIGNATURE, JE CONFIRME CE QUI SUIT:

1. Le/La patient(e) / représentant légal a expressément donné son accord pour que les données ci-dessus soient transmises à Redycare ou à des tiers désignés par Medtrum. Redycare ne fait appel qu'à des tiers qui s'engagent contractuellement à respecter intégralement les dispositions légales en matière de protection des données. Medtrum ou les tiers désignés ne peuvent utiliser les données ci-dessus que pour le traitement des commandes de produits Medtrum et pour la facturation au garant ou au patient/représentant légal.

2. *** Pour les mineur(e)s l'accord d'un représentant légal est requis.

Lieu et date

.....

Signature du médecin spécialisé