



Les champs obligatoires sont marqués d'un\*.

## INFORMATIONS PERSONNELLES PATIENT(E)

Prénom(s) \* .....

Date de naissance \* .....

Nom \* .....

Nom de l'assurance\* :

Utilisateur(rice) 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	Capteurs LiMA 21.05.02.00.3	Transmetteur ** LiMA 21.05.01.00.2	Formation	Ordonnance Début de l'approvisionnement *
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> mmol <input type="radio"/> mg	<input type="radio"/> Patient(e) a été formé(e) <input type="radio"/> Formation nécessaire	.....

\*\* Le patient s'assure que son téléphone est compatible.)

## DIAGNOSTIC

Diabète 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 .....

