

ORDONNANCE

Pompe à insuline t:slim X2™ Tandem et consommables et/ou Capteurs DEXCOM G7 CGM



Informations pour les patients

Nom/prénom	_____	Caisse maladie	_____
Adresse	_____	Numéro de carte	_____
NPA/ville	_____	Numéro AVS	_____
Téléphone	_____	Représentant légal:	_____
Portable	_____	Prénom	_____
E-Mail	_____	Nom	_____
Sexe	_____		
Date de naissance	_____	DE	FR
		IT	EN

Pompe à insuline t:slim X2™ Tandem et consommables (LiMA Catégorie 03.02.01.00.2*):

Alimentation pour un mois, prolongation automatique en l'absence de résiliation jusqu'au 21^e jour.

t:slim X2 Control-IQ avec les accessoires (1005611)

Réservoir, 3 ml (10 pièces) (1002541)

Veuillez choisir une seule sélection:

Set de perfusion AutoSoft™ 90 (10 pièces)

Set de perfusion AutoSoft™ 30 (10 pièces)

Set de perfusion VariSoft™ (10 pièces)

Set de perfusion TruSteel™ (10 pièces)

Instruction technique t:slim X2 pompe à insuline

Par:	Date de la formation	Adresse de livraison
Hôpital/cabinet spécialisé		Hôpital/cabinet _____
VitalAire		Nom/prénom _____
		Adresse _____
		NPA/ville _____
		Téléphone/portable _____

La livraison se fait exclusivement à une institution (hôpital/cabinet) où le patient est formé.

* Pour l'insulinothérapie: en cas de diabète instable et / ou lorsque le contrôle est médicalement insatisfaisant même avec la méthode des injections multiples

Dexcom G7

Système CGM Dexcom G7 (LiMA 21.06.02.00.1):

Livraison pour un mois, livraison automatique de quantités trimestrielles en l'absence de résiliation jusqu'au 21^e jour après la date de début de l'approvisionnement: _____

Instruction technique nécessaire

Confirmation

PAR MA SIGNATURE, JE CONFIRME CE QUI SUIT:

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

Tampon/signature y compris le numéro ZSR

(sélectionner le fichier image)

Date _____

Médecin prescripteur _____

E-Mail _____

Veuillez envoyer cette ordonnance à **diabetes@vitalaire.ch** (sera transmise à Dexcom).