

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPINB) Confirmation d'admissibilité médicale à la couverture de pompes et fournitures

Les renseignements recueillis ci-dessous serviront à déterminer l'admissibilité de votre client à la couverture des pompes et des fournitures de pompes dans le cadre du Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick, géré et administré par le ministère de la Santé et le Réseau de santé Vitalité. Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à d'autres dispositions de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.

Le client présente une demande de :

- Pompe
 Fournitures de pompes
 Pompes et fournitures de pompes

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom du client				
Prénom(s) officiel(s)	Nom de famille officiel			
Numéro d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick	Date de naissance			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">JJ</td> <td style="width: 33%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">MM</td> <td style="width: 33%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">AAAA</td> </tr> </table>	JJ	MM	AAAA
JJ	MM	AAAA		

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LA POMPE ET LES FOURNITURES

Pompe et fournitures demandées
<input type="checkbox"/> Nouvel utilisateur de pompe (<i>demande de pompe et de fournitures</i>) <input type="checkbox"/> Utilisateur de pompe existant (<i>demande de fournitures seulement</i>) <input type="checkbox"/> Utilisateur de pompe existant (<i>demande de remplacement de la pompe et de fournitures</i>) <input type="checkbox"/> Utilisateur de pompe existant (<i>demande de remplacement de la pompe seulement</i>)
Pour les utilisateurs de pompe existants, veuillez indiquer la marque et le modèle de la pompe actuelle : <div style="background-color: #d9e1f2; height: 15px; width: 100%;"></div>
En cas de remplacement de la pompe, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle le client a reçu sa pompe actuelle : <div style="background-color: #d9e1f2; height: 15px; width: 100%;"></div>
Pompe demandée :
<input type="checkbox"/> Medtronic 670G <input type="checkbox"/> Omnipod Eros <input type="checkbox"/> Tandem T-Slim X2 <input type="checkbox"/> Ypsomed <input type="checkbox"/> Medtronic 770G <input type="checkbox"/> Omnipod DASH <input type="checkbox"/> Medtronic 780G
Fournitures demandées :
Notes:

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET CONFIRMATION DE L'ADMISSIBILITÉ

Remarque : Les demandes de pompes doivent être approuvées par un spécialiste du diabète (endocrinologue, médecin interniste ou pédiatre).

Critères médicaux							
Taux d'A1C le plus récent :	JJ	MM	AAAA	Taux d'A1C le plus récent :	JJ	MM	AAAA
Nombre d'épisodes d'acidose diabétique : Au cours des six derniers mois :				Au cours des 12 derniers mois :			
Cochez (✓) chacune des déclarations suivantes pour confirmer qu'elles s'appliquent au demandeur :							
<input type="checkbox"/> Le client fait l'objet d'un suivi régulier par l'équipe de soins en diabète et son plan de soins est révisé au moins deux fois par an.							
<input type="checkbox"/> Le client (ou le parent ou tuteur) a de bonnes connaissances de la gestion du diabète, y compris en matière de calcul des glucides, de rotation des sites, de gestion des jours de maladie, et autres.							
<input type="checkbox"/> Le client (ou le parent ou tuteur) est en mesure de surveiller sa glycémie adéquatement au moins quatre fois par jour, de consigner ses résultats sur papier ou en ligne et accepte de continuer à procéder ainsi.							
<input type="checkbox"/> Le client (ou le parent ou tuteur) accepte d'assister à une séance de formation sur les pompes offerte par un formateur agréé.							
<input type="checkbox"/> Le client dispose d'un soutien familial approprié (le cas échéant).							
Clinique du diabète fréquentée par le client							
Emplacement :							
Confirmation de l'admissibilité							
_____ est atteint de diabète de type 1 et répond aux critères médicaux d'admissibilité du programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPINB). (Nom du client)							
Nom du médecin (en lettres moulées)		Signature du médecin		Numéro de licence		Date	

Si vous avez besoin d'aide ou avez des questions concernant le présent formulaire, ou sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, veuillez communiquer avec le PPINB par téléphone sans frais au 1 855 655-5525 ou par courriel à l'adresse NBIPP-PPINB@gnb.ca, ou consultez le site Web du PPINB [Le Programme de pompes à insuline \(PPI\) du Nouveau-Brunswick \(gnb.ca\)](http://LeProgrammedepompesainsuline(PPI)duNouveau-Brunswick(gnb.ca))