



<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	
Carte de l'établissement ou d'assurance maladie  <b>OU</b> Numéro d'assurance maladie de la personne admissible  _____  Si non disponible : Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation		Nom et Prénom  _____	
		No de pratique _____	
		Nom du centre hospitalier participant au programme  _____	
		Date de naissance ANNÉE      MOIS      JOUR _____	
		Sexe <input type="checkbox"/> Filles <input type="checkbox"/> Garçon	

3 – Critères d'admissibilité
<b>3.1 - Section à compléter à l'inscription du patient au programme d'accès</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) : <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>  Le patient (et ses parents) fait la démonstration à l'équipe de soins en diabète de son engagement à répondre à <u>l'ensemble</u> de ces critères : <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	
_____ Signature du prescripteur autorisé	Date ANNÉE      MOIS      JOUR _____ (Cette évaluation est valide pour une année)