

**1 - Personne assurée**

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE  
**OU**

**2 - Prescripteur**

NOM ET PRÉNOM		N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.	

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE</b>  <i>si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation</i>  <b>OU</b> <i>si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père</i>	NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	
	ADRESSE NUMÉRO	RUE	APP.
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE QUÉBEC	CODE POSTAL

**3 - Médicament visé par la demande**

NOM DU MÉDICAMENT MATÉRIEL DE MESURE DU GLUCOSE	FORME PHARMACEUTIQUE	TENEUR	POSOLOGIE
DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT		Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé.	
DU	ANNÉE MOIS JOUR	AU	ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉE		<input type="checkbox"/> OU	

**Type de demande**

**Demande initiale**  
Complétez les sections 4- 6- 7

**Demande de poursuite du traitement**  
Complétez les sections 5- 6- 7

**4 - Renseignements cliniques - Demande initiale**

**Indication thérapeutique**

Personne âgée de 18 ans ou plus ayant au moins 2 années d'expérience dans l'autogestion de son diabète

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Thérapie insulinique**

Thérapie insulinique intensive

Pompe à insuline

Multi-injections (≥ 3 injections par jour)

Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Contrôle du diabète**

Problème d'hypoglycémies fréquentes ou graves

Oui

Non. Précisez : \_\_\_\_\_

Nécessité d'une autosurveillance glycémique au moins 8 fois par jour

Oui

Non. Précisez : \_\_\_\_\_

**5 - Renseignements cliniques - Poursuite du traitement**

**La personne montre une utilisation optimale du FreeStyle Libre<sup>MC</sup>, soit au moins 70 % du temps**

Oui

Non. Précisez : \_\_\_\_\_

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie  
de la personne assurée

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'inscription  
du prescripteur à la Régie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

## Matériel de mesure du glucose (FreeStyle Libre<sup>MC</sup>) — Autogestion du diabète (suite)

### 6 - Renseignements complémentaires (facultatifs)

--

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

### 7 - Signature du prescripteur autorisé

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE
ANNÉE

MOIS

JOUR

Le présent formulaire respecte la liberté du médecin de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du pharmacien d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements relatifs aux indications reconnues pour le paiement.

#### Retourner le présent formulaire

- **par télécopieur** à Québec : **418 646-5653**  
ailleurs au Québec, sans frais : **1 866 312-3858**
- **par courrier** : Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3