

dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date nais. : _____
Année / Mois / Jour

- Ordonnance collective OC-T-D1 « Prescription de glucomètre, bandelettes et lancettes » disponible sur le site web : csssvalleebatiscan.qc.ca

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-haut mentionnée. Elle est une candidate à l'utilisation d'un glucomètre et des bandelettes et lancettes nécessaires à son utilisation.

Aucune contre-indication n'est présente. Cette personne a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation générale d'un glucomètre.

- Represcription du même glucomètre pour une durée de 24 mois.
- Le choix d'un nouveau glucomètre est laissé à la discrétion du client, sous les conseils de son pharmacien, pour une durée de 24 mois.
- Bandelettes assorties au glucomètre, pour une durée de 24 mois.
- Lancettes assorties au glucomètre, pour une durée de 24 mois.

Nom et prénom de l'infirmière	No de permis	Signature de l'infirmière
-------------------------------	--------------	---------------------------

Médecin répondant	No de permis
-------------------	--------------

- | | | | |
|---|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> CLSC Sainte-Geneviève-de-Batiscan | 418 362-2728 | <input type="checkbox"/> CLSC Saint-Tite | 418 365-7556 |
| <input type="checkbox"/> Centre médical Saint-Stanislas | 418 328-8417 | <input type="checkbox"/> Clinique médicale La Pérade | 418 325-2777 |
| <input type="checkbox"/> Coopérative Solidarité Santé Sainte-Thècle | 418 289-2888 | | |

Établissement / Téléphone

_____ Date

