

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPI)

Formulaire d'autorisation de l'approbation

Ce formulaire est composé de 5 sections.

Chaque section doit être complétée par un membre de l'équipe de soins diabétique du demandeur. Le médecin prescripteur doit compléter les sections 1, 2 et 3. Ces sections sont révisées par la clinique d'enseignement diabétique du client.

Les sections 4 et 5 sont complétées par le client et/ou la famille et expédiées directement au bureau des affaires du PPI.

Le formulaire d'application doit être entièrement complété afin de débiter le processus d'adhésion.

Le **formulaire d'autorisation de l'approbation** contient les points suivants:

À compléter par le médecin

Section 1 – Données démographiques de base

Section 2 – Critères médicaux et confirmation de l'admissibilité

Section 3 – Appareil et fournitures demandés

Le bureau du médecin achemine les sections 1, 2 et 3 au centre d'éducation du diabète (CED) du client. Le CED révisé et soumet les sections 1, 2 et 3 au bureau des affaires du PPI pour traitement.

* Ajouter les critères médicaux et les confirmations des notes d'admissibilité à la section 3 de la zone « notes »

À compléter par le client ou la famille/tuteur

Section 4 – Évaluation de la cotisation à verser

Section 5 – Divulgence des renseignements

Le client/famille/tuteur postera les sections 4 et 5 complétées ainsi que la documentation au bureau des affaires du PPI pour traitement.

Pour assistance ou de plus amples renseignements, veuillez contacter le bureau des affaires au : 1-855-655-5525.

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPI)

Formulaire d'autorisation de l'approbation

La langue de service:

Section 1- Données démographiques de base

Nom du demandeur:	Date de naissance (MM/JJ/AAAA):		
Adresse actuelle du demandeur:	Numéro d'assurance maladie:		
	Numéro de téléphone actuel du demandeur:		
	Domicile	Cellulaire	
L'enfant (19 ans et moins) habite avec: <input type="checkbox"/> Mère seulement <input type="checkbox"/> Père seulement <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> autre (préciser) :	Genre:		
Demandeur (19-25): <input type="checkbox"/> Célibataire/veuf/divorcé <input type="checkbox"/> Marié/Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/>			

Renseignements sur les parents (si applicable)

Nom du parent, du tuteur ou du représentant détenant la garde principale:	
Adresse (si différente de celle du demandeur):	
Numéro de téléphone si différent de celui du demandeur: Domicile ()	Travail ()

Section 2 – Critères médicaux et confirmation de l'admissibilité

Taux d'A1C le plus récent:	Date (MM/JJ/AAAA)	A1c	Date (MM/JJ/AAAA)	A1c
Nombre d'épisodes d'acidose diabétique: Au cours des six derniers mois: _____ Au cours des 12 derniers mois: _____				
Cochez (v) les déclarations suivantes pour confirmer qu'elles s'appliquent au demandeur.	Suivi régulier par l'équipe de soins diabétiques, avec révision au moins trois fois par an.			
	Bonnes connaissances de la gestion du diabète; y compris en matière de calcul des glucides, de rotation des sites d'injection, de gestion des jours de maladie, etc.			
	Auto surveillance adaptée de la glycémie au moins quatre fois par jour; consignation des résultats sur papier ou en ligne; accepte de continuer à procéder ainsi.			
	Accepte d'assister à une séance de formation sur les pompes offerte par un formateur agréé.			
L'enfant dispose d'un soutien familial adéquat (si applicable). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Le client fréquente un programme sur le diabète de: _____		

_____ est atteint de diabète de type 1 et répond aux critères médicaux d'admissibilité du programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick.
(nom du demandeur)

Signature du médecin Nom du médecin Date

J'accepte d'assister et de participer activement au Programme de formation continue sur le diabète, de suivre les lignes directrices recommandées en matière de dosage de l'insuline, de rotation des sites d'injection et de gestion des jours de maladie, ainsi que d'appliquer les règles de surveillance de la glycémie décrites dans le plan de traitement.

Signature du demandeur et/ou du parent / représentant Date

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPI)

Formulaire d'autorisation de l'approbation

--

Section 3 – Appareil et fournitures demandés

Nom du demandeur:

Numéro d'assurance-maladie:

Date de naissance (MM/JJ/AAAA):

Sélections de matériel et de la pompe.

Nouvel utilisateur de pompe – L'appareil et les fournitures suivants sont requis

Marque	Modèle et fournitures

Utilisateur de pompe existant – L'appareil et les fournitures suivants sont requis

Marque	Modèle et fournitures

Remplacement de pompe nécessaire (Raison):

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPI) Formulaire d'autorisation de l'approbation

Notes

**Le centre d'éducation du diabète télécopiera les sections 1, 2, et 3 bureau d'affaire du PPI au :
1-855-290-2371**

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPI) Formulaire d'autorisation de l'approbation

Le client et/ou famille/tuteur(s) complète les Sections 4 et 5

Le client et/ou famille/tuteur(s)n complètera :

Section 4 – – *Évaluation de la cotisation à verser*
et
Section 5 – *Divulgence des renseignements*

Les sections 4 et 5 et ainsi que les documents justificatifs demandés seront postés par le demandeur au bureau d'affaire du PPI :

**Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick
Hôpital de Tracadie-Sheila
CP 3180 - 400, rue des Hospitalières
Tracadie-Sheila NB E1X 1G5**

Veillez-vous référer au Manuel de politiques et procédures du programme de pompes à insuline (PPI) pour de l'assistance en complétant le formulaire d'autorisation de l'approbation.

Pour assistance ou de plus amples renseignements, veuillez contacter le bureau des affaires au :
1-855-655-5525

Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick (PPI) Formulaire d'autorisation de l'approbation

Section 5 – Divulgateion des renseignements ...

Nom du demandeur:

Numéro d'assurance-maladie:

Date de naissance (MM/JJ/AAAA):

Toutes les informations recueillies du formulaire seront entrées dans une base de données qui ne peut être utilisée que par le service du Ministère de la santé pour évaluer le programme de pompes à insuline et identifier des opportunités d'amélioration du programme. De plus, le fournisseur ainsi que les sous-traitants approuvés doivent fournir au Réseau de Santé Vitalité et au Ministère de la santé de l'information concernant l'appareil ainsi que l'utilisation du matériel. Ces informations seront gardées dans une base de données sécurisée avec accès limité aux utilisateurs appropriés. Vitalité et le bureau des affaires conserveront à long terme les dossiers conformément à la politique de conservation des dossiers de santé. Le département du Ministère de la santé conservera la base de données pour permettre l'allocation à long terme de ce programme dans le but de supporter la santé des utilisateurs de pompes, de la prévention du développement et de complications conformément à la politique de conservation gouvernementale.

J'autorise le Réseau de Santé Vitalité et le Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick de rassembler les informations fournies sur ce formulaire à fin d'évaluation et de vérification de mon éligibilité pour recevoir de l'assistance du Programme de Pompes à Insuline. De plus, j'autorise le Réseau de Santé Vitalité et le Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick de collecter, utiliser et dévoiler des informations personnelles divulguées sur ce formulaire pour les buts comme décrits ci-dessus liés à la gestion du Programme de Pompes à Insuline. J'autorise le fournisseur ainsi que les sous-traitants sélectionnés à communiquer des renseignements sur la pompe et le matériel choisi au Réseau de Santé Vitalité ainsi qu'au Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick.

Je certifie que tous les renseignements ci-dessus sont véridiques et exactes, au meilleur de mes connaissances. Je comprends que si je veux refuser ou retirer la collecte, l'utilisation et la révélation de ces informations, le Réseau de Santé Vitalité et le Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick peut se voir refuser la couverture au Programme de Pompes à Insuline.

Le fournisseur ainsi que les sous-traitants approuvés peuvent offrir une variété de services comme l'accès à un site Internet pour des informations personnelles de santé et le téléchargement de données et d'analyse de pompes à insuline. Je comprends que j'utilise ces services ou ressources à mon propre risque et les services et les ressources ne sont pas approuvées entièrement ou partiellement par le Gouvernement du Nouveau-Brunswick, le Réseau de Santé Vitalité, ou par le Programme de Pompes à Insuline.

Si le demandeur est âgé de moins de seize (16) ans, le tuteur légal ou le parent peut signer le formulaire. Les demandeurs qui sont âgés de 16 ans ou plus doivent signer ce consentement. Les demandeurs qui sont âgés de plus de 16 ans et qui sont incapables de signer le formulaire doivent donner un consentement verbal et le formulaire peut être signé par son agent. L'agent agit comme témoin à la déclaration.

Nom du client (imprimez)

Signature du client, Parent ou tuteur

Date (MM/JJ/AAAA)

Merci de bien vouloir **m'envoyer les sections 4 et 5 ainsi que l'avis de cotisation** pour l'année d'imposition de l'Agence de Revenu Canada la plus récente à l'adresse ci-dessous. Le revenu familial est considéré en plus du demandeur indépendant, les ménages occupés par deux personnes ou plus liées par la naissance, l'union de conjoints de fait, le mariage ou l'adoption. **Tous les revenus qui composent le revenu du ménage doivent être déclarés.**

Pour assistance ou de plus amples renseignements, veuillez contacter le bureau des affaires au : 1-855-655-5525.

**PIPP- Hôpital de Tracadie-Sheila
CP 3180 - 400, rue des Hospitalières
Tracadie-Sheila NB E1X 1G5**