

# Ordonnance pour capteurs CGM

Les champs obligatoires sont marqués d'un \*.

## DONNÉES DU PATIENT

NOM\*

---

NOM DE FAMILLE\*

---

NUMÉRO DE LA CARTE  
D'ASSURANCE MALADIE\*

DATE DE NAISSANCE\*

## COORDONNÉES

\*\*Veuillez indiquer au moins un canal de communication.

ADRESSE\*\*

---

TÉLÉPHONE\*\*

---

E-MAIL\*\*

## REPRÉSENTANT LÉGAL

À remplir uniquement le cas échéant, par exemple pour les patients âgés de moins de 18 ans.

NOM\*

---

NOM DE FAMILLE\*

---

NUMÉRO DE LA CARTE  
D'ASSURANCE MALADIE\*

DATE DE NAISSANCE\*

## ORDONNANCE ÉTABLIE PAR UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE ET EN DIABÉTOLOGIE

NOM\*

---

NOM DE FAMILLE\*

---

NUMÉRO RCC

## INFORMATIONS SUR LA PRESCRIPTION DE CAPTEURS CGM (COCHEZ D'UNE CROIX LA MENTION APPLICABLE)

CAPTEURS (EMAP N° 21.07.02.00.1)  
DURÉE EN MOIS\*

3 MOIS

6 MOIS

12 MOIS

TRANSMETTEUR

OUI

## DIAGNOSTIC

Le patient est atteint de diabète sucré et suit une insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou schéma basal-bolus, dans lequel le bolus est calculé en fonction de la glycémie actuelle, de la quantité de glucides ingérés et de l'activité physique prévue)

## SIGNATURE ET CACHET DU CABINET DU MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE / DIABÉTOLOGIE\*

### PAR MA SIGNATURE, JE CONFIRME CE QUI SUIT:

1. Le patient / représentant légal a expressément consenti à la transmission des données susmentionnées à Art Source ou à des tiers désignés par celle-ci. Art Source fait exclusivement appel à des tiers qui s'engagent contractuellement à respecter intégralement les dispositions légales en matière de protection des données. Art Source ou les tiers mandatés peuvent utiliser les données susmentionnées exclusivement pour le traitement des commandes relatives aux produits capteurs CGM et pour la facturation au garant ou au patient / représentant légal, et garantissent que toutes les données susmentionnées seront supprimées dès qu'elles ne seront plus nécessaires, au plus tard toutefois à l'expiration des délais de conservation prévus par la loi.
2. Pour les personnes âgées de moins de 18 ans, le consentement d'un représentant légal est requis.

Veuillez envoyer la prescription par e-mail à l'adresse [info@artsource.ch](mailto:info@artsource.ch)