**ORDONNANCE PHARMACIEN POUR ASG**

**DIABETE DE TYPE 1, DIABETE GESTATIONNEL,**

**DIABETE DE TYPE 2 (patients insulinotraités et patients pour lesquels une insulinothérapie est envisagée à court ou moyen terme)**

**Identification du Prescripteur**

**Nom, Prénom** et N°RPPS

**Identification de la structure (Raison sociale du cabinet, de l’établissement et N°AM, FINESS géographique ou SIRET)**

**Identification du Patient (Nom de famille – de naissance) N° d’immatriculation**

Pour les patients en affection longue durée, rédiger sur ordonnance bizone (ou ne pas oublier de le mentionner si les soins sont en lien avec le 100%)

**Le XX/XX/XXXX**

**SI INSULINOTHERAPIE**

***Insuline X …… UI le matin …… UI le midi …… UI le soir***

***Insuline Y …… UI le matin …… UI le midi …… UI le soir***

**ASG : PRIMO-PRESCRIPTION**

**• 1 lecteur d’ASG – unité d’affichage : □ mg/dL □ mmol/L**

**• Réactifs : □ bandelettes …. / jour**

**Horaire : …………………………….**

**□ capteurs …. / jour**

**Horaire : …………………………….**

**□ électrodes …. / jour**

**Horaire : …………………………….**

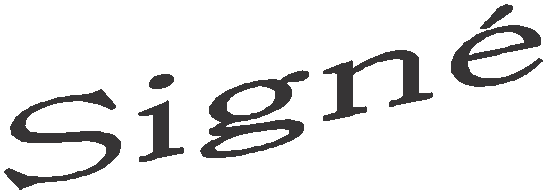
**• 1 autopiqueur**

**• lancettes …. / jour**

**ou • autopiqueurs à usage unique …. / jour**

**• 1 récipient spécial pour Déchets d’Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI)**

**ORDONNANCE POUR 1 MOIS**



**ORDONNANCE PHARMACIEN POUR ASG**

**DIABETE DE TYPE 1, DIABETE GESTATIONNEL, DIABETE DE TYPE 2 (patients insulinotraités et patients pour lesquels une insulinothérapie est envisagée à court ou moyen terme)**

**Identification du Prescripteur**

**Nom, Prénom** et N°RPPS

**Identification de la structure (Raison sociale du cabinet, de l’établissement et N°AM, FINESS géographique ou SIRET)**

**Identification du Patient (Nom de famille – de naissance) N° d’immatriculation**

Pour les patients en affection longue durée, rédiger sur ordonnance bizone (ou ne pas oublier de le mentionner si les soins sont en lien avec le 100%)

**Le XX/XX/XXXX**

**SI INSULINOTHERAPIE**

***Insuline X …… UI le matin …… UI le midi …… UI le soir***

***Insuline Y …… UI le matin …… UI le midi …… UI le soir***

**ASG : RENOUVELLEMENT**

**• Réactifs : □ bandelettes …. / jour**

**Horaire : …………………………….**

**□ capteurs …. / jour**

**Horaire : …………………………….**

**□ électrodes …. / jour**

**Horaire : …………………………….**

**• lancettes …. / jour**

**ou • autopiqueurs à usage unique …. / jour**

**ORDONNANCE POUR 1 MOIS A RENOUVELER …. FOIS**

