

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR  
DANS LE COÛT DU PROGRAMME POUR L'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À DOMICILE À  
L'AIDE D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE <sup>1</sup>**

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION.

Collez ici une vignette s.v.p.

Le soussigné

..... (nom et prénom)

- o demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme de pompe à insuline indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre

Date de la demande : ...../...../.....

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire complète et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale – commune, rue et numéro)

**À COMPLÉTER PAR LE SERVICE CONVENTIONNÉ D'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À DOMICILE À L'AIDE D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE**

Identification du Service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86.5.....

Nom et adresse : .....

.....  
Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....  
Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme relatif à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable est prescrit du ...../...../..... au ...../...../..... inclus.

Il/Elle appartient au **groupe cible** suivant de la convention conclue pour le présent Service de diabétologie :

- o Diabétiques de type 1 – ainsi que d'autres patients qui en vertu de l'article 4 § 2 de la convention générale relative à l'autogestion des patients adultes atteints de diabète sucré, appartiennent au groupe A - pour lesquels un traitement conventionnel correctement exécuté, par insulinothérapie intensive et éducation, n'a pas abouti à une régulation suffisante de la glycémie (des patients ayant une HbA1c > 7 % (valeur mesurée avant le début du traitement par pompe à insuline), ainsi que des patients présentant des hypoglycémies sévères, répétées (avant le début du traitement par pompe à insuline), ou des patients mal équilibrés et présentant des complications graves) ;
- o Femmes diabétiques qui sont enceintes ou qui veulent le devenir ;
- o Bénéficiaires qui ont déjà été traités par pompe à l'insuline dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents et pour lesquels il est jugé nécessaire de poursuivre le traitement par pompe à insuline sans interruption ;
- o Diabétiques de type 1 qui présentent une sensibilité extrême à l'insuline ;
- o Diabétiques, avant et pendant la période initiale qui suit une transplantation du pancréas ou de cellules pancréatiques ;
- o Diabétiques de type 1 qui, du fait de leur environnement de travail (heures irrégulières), ont un rythme de vie irrégulier ou encourent des risques spécifiques (cadre de travail pouvant mettre en péril leur sécurité et leur vie ou

<sup>1</sup> Formulaire à utiliser à partir du 01/01/2021

celle d'autres personnes).

Il s'agit en l'occurrence

- o d'une **première prescription** d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné :

**ou**

Il s'agit en l'occurrence

- o de la **prolongation** de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

**Dernière mesure de HbA1c effectuée**

Date : .. / .. / ..... Valeur mesurée : .., .. (valeurs normales - )

Nom, signature et date du **médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée** :

Noms (+ adresse et téléphone) des **autres médecins** associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

médecins spécialistes : .....

généraliste : .....

---

**DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL**

**Date de réception de cette demande** : .. / .. / .....

**Décision du médecin-conseil** :

favorable du .. / .. / ..... au .. / .. / .....

défavorable parce que .....

autre .....

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision** :

.....