

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Section 1 – Renseignements sur l'auteur(e) de la demande

Nom *

Prénom *		Initiale	
Numéro de carte Santé (10 chiffres)	Version	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme
Nom du foyer de soins de longue durée (FSLD) (le cas échéant)			

Adresse	
Numéro d'unité	Numéro municipal
Rue *	
Lot/concession/route rurale *	

Ville/village *	Province * ON	Code postal *
Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail poste	

Confirmation des prestations

Je reçois actuellement des prestations
d'assurance sociale ☐ Oui ☐ Non

Si oui, cochez une seule case ☐ Programme Ontario au travail (POT)
☐ Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)
☐ Aide à l'égard des enfants qui ont un handicap grave (AEHG)

Je suis admissible aux prestations pour le matériel de SGC :

La Commission de la sécurité professionnelle et de
l'assurance contre les accidents du travail (CSPAA) ☐ Oui ☐ Non
Anciens combattants Canada (AAC) – Groupe A ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'auteur(e) de la demande	Prénom de l'auteur(e) de la demande	Numéro de carte Santé (10 chiffres)	Version
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------

Section 2 – Admissibilité (section remplie par le médecin ou l'infirmière praticienne/infirmier praticien)

Confirmation de l'admissibilité du demandeur (répondre à tous les énoncés)

Cette section doit être remplie par un endocrinologue, un médecin spécialiste ou une infirmière praticienne/un infirmier praticien associé à un programme de lutte contre le diabète. Veuillez confirmer que les critères suivants ont été respectés.

1. Le demandeur est atteint du diabète de type 1. ☐ Oui ☐ Non
2. Le demandeur satisfait aux critères suivants.
 - a. En raison de son stade de développement ou d'une déficience cognitive ou physique. Le demandeur ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.
 - i. n'est pas en mesure de reconnaître ou de communiquer les symptômes d'hypoglycémie, ou
 - ii. n'est pas en mesure d'effectuer seul le test de glycémie au moyen d'un glucomètre.
 - b. Le demandeur a souffert d'hypoglycémie grave au cours des 2 dernières années sans cause évidente, en dépit d'une insulinothérapie optimale et de la surveillance du glucose (au moins 4 fois par jour), qui a entraîné l'une des conséquences suivantes :
 - i. la suspension du permis de conduire du demandeur ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.
 - ii. l'hospitalisation ou une visite à l'urgence ou dans une clinique de soins médicaux d'urgence ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.
 - iii. l'administration de glucagon, un état d'inconscience ou des convulsions ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.
3. Le demandeur fait preuve d'une capacité et d'une volonté manifestes à gérer sa glycémie, il sait utiliser un appareil de SGC de façon sécuritaire et efficace et s'engage à respecter TOUS les points suivants.
 - a. Prendre part au suivi de son diabète à long terme dans le cadre d'évaluations effectuées régulièrement par des éducateurs spécialisés en diabète et des prescripteurs selon la fréquence établie par le Programme d'information sur le diabète; ☐ Oui ☐ Non
 - b. Porter l'appareil de SGC en tout temps ☐ Oui ☐ Non
 - c. Accepter de partager ses données sur son profil glycémique ambulatoire avec les fournisseurs de soins ou l'équipe de lutte contre le diabète, notamment :
 - i. le temps (en pourcentage) dans l'intervalle cible, le temps (en pourcentage) au-dessus ou en dessous de l'intervalle cible, le temps (en pourcentage) en hypoglycémie;
 - ii. la représentation visuelle du profil glycémique sur 24 heures pour une période de deux semaines

Nom de l'auteur(e) de la demande	Prénom de l'auteur(e) de la demande	Numéro de carte Santé (10 chiffres)	Version
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------

Section 3 – Consentement et signature du demandeur

Remarque : Cette partie du formulaire ne peut être signée que par le demandeur ou son/sa mandataire

Je consens à ce que le ministère de la Santé (le ministère) recueille les renseignements fournis sur le présent formulaire aux fins de l'évaluation et de la vérification de mon admissibilité aux prestations du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (le Programme). De plus, je consens à ce que le ministère et la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) recueillent, utilisent et divulguent des renseignements personnels à mon sujet, y compris les renseignements fournis dans le présent formulaire et des renseignements relatifs à mon admissibilité aux prestations de santé en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la Loi), aux fins de l'évaluation et de la vérification de mon admissibilité aux prestations aux termes du Programme et de la Loi.

Le ministère et la CSPAAT limiteront l'échange de renseignements à mon sujet aux seuls renseignements qui sont nécessaires aux fins décrites ci-dessus.

Le ministère utilisera et divulguera mes renseignements personnels sur la santé conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, et la « Déclaration sur les pratiques relatives aux renseignements » du ministère accessible à www.health.gov.on.ca. De plus, la CSPAAT recueillera, utilisera et divulguera les renseignements personnels à mon sujet fournis par le ministère aux fins de l'administration et de l'application de la Loi.

Je comprends que si je décide de refuser ou de retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements par le ministère ou la CSPAAT, je pourrais me voir refuser les prestations accordées par le programme.

Pour obtenir plus de renseignements sur les pratiques du ministère en matière d'information, ou la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels fournis dans le présent formulaire, veuillez téléphoner au 1-800-268-6021 ou au 416-327-8804, ou ATS : 416-327-4282. Vous pouvez également écrire au gestionnaire de programme au 5700, rue Yonge, 7^e étage, Toronto (Ontario) M2M 4K5.

J'ai lu la feuille de renseignements à l'intention du demandeur, je comprends les règles d'admissibilité du PAAF et je suis admissible à l'appareil indiqué.

J'atteste que les renseignements que j'ai fournis sont véridiques, exacts et complets à ma connaissance. Je comprends que ces renseignements feront l'objet d'une vérification.

Signature	☐ Demandeur * ☐ Mandataire *	Date (aaaa/mm/jj)
-----------	--	-------------------

Si la signature ci-haut n'est pas celle de l'auteur(e) de la demande, remplir la section ci-dessous

☐ Conjoint(e) ☐ Parent ☐ Tuteur légal ☐ Curateur public ☐ Procuration

Nom

Prénom	Initiale
--------	----------

Adresse	
Numéro d'unité	Numéro municipal

Rue

Lot/concession/route rurale

Ville/village

Province ON	Code postal
----------------	-------------

Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail	poste
--------------------------------	--------------------------------	-------

Nom de l'auteur(e) de la demande	Prénom de l'auteur(e) de la demande	Numéro de carte Santé (10 chiffres)	Version
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------

Section 4 – Signatures

Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne/infirmier praticien

Je certifie que la personne nommée ci-dessus est atteinte du diabète de type 1 et qu'elle répond aux critères médicaux d'admissibilité pour le matériel de SGC, tels qu'ils sont mentionnés à la section 2.

☐ Médecin ☐ Infirmière praticienne/infirmier praticien

Nom du médecin/de l'infirmière praticienne/infirmier praticien	Prénom du médecin/de l'infirmière praticienne/infirmier praticien
Numéro de téléphone au travail poste	Numéro de facturation de l'assurance-santé de l'Ontario (5 ou 6 chiffres)
Signature du médecin/de l'infirmière praticienne/infirmier praticien	Date (aaaa/mm/jj)

Nom du programme de lutte contre le diabète qui fournit la formation

Nom du programme ou de l'équipe

N° PAAF de la clinique	Numéro de téléphone au travail poste
------------------------	---

Renseignements sur le fournisseur

Nom du fournisseur	N° d'inscription du fournisseur au PAAF
Nom du représentant du fournisseur	Prénom du représentant du fournisseur
Titre	Numéro de téléphone au travail poste
Adresse du fournisseur	
Signature du représentant du fournisseur	Date (aaaa/mm/jj)

Remarque : Les pièces jointes ne seront pas prises en compte par le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels.

Toute personne qui fournit sciemment de faux renseignements pour obtenir une aide financière commet une infraction punissable d'une amende ou une peine d'emprisonnement.