

Attestation de thérapie par pompe à insuline

Par la présente, j'atteste que le/la patient(e) _____, né(e) le _____ et habitant à _____ (rue, lieu) en tant que diabétique insulino-requérant est dépendant d'un apport continu d'insuline avec une pompe à insuline mylife™ YpsoPump®. Il doit avoir sur lui/elle la pompe mylife™ YpsoPump® ainsi que l'équipement suivant :

- mylife™ YpsoPump® (pompe à insuline)
- mylife™ Ypsopump® Orbit® set de perfusion (consommable en quantité suffisante)
- mylife™ Orbit® Inserteur
- Lecteur de glycémie, bandelettes, un autopiqueur et des lancettes
- Cartouche d'insuline ou réservoir vide
- Pen ou seringue pour l'injection d'insuline comme traitement substitutif en cas de panne de la pompe
- Autre(s) :

Médecin traitant: _____

Adresse: _____

Etablissement: _____

Téléphone: _____

Tampon et signature : _____

Attestato di Terapia con Pompa ad Insulina

Con la presente si attesta che la/il paziente _____, nato/a _____ domiciliato/a _____

(Via e Luogo), essendo diabetico e insulino-dipendente, è portatore di una pompa ad insulina mylife™ YpsoPump®. Il paziente deve avere sempre su di sé la pompa mylife™ YpsoPump® come anche il materiale che necessita al suo uso corretto e più precisamente:

- mylife™ YpsoPump® (pompa insulina)
- mylife™ Ypsopump® Orbit® set infusione (materiale d'uso in quantità necessaria)
- mylife™ Orbit® (insertore per ago)
- Glucometro, strisce, penna per punzione e lancette
- Fiala d'insulina o fiala per riempimento
- Penna o siringa per l'iniezione di insulina come trattamento sostitutivo in caso di malfunzionamento della pompa o altri eventi casuali.
- Altro: _____

Medico trattante: _____

Indirizzo: _____

Ospedale: _____

Telefono: _____

Timbro e firma : _____