675 Cochrane Drive • East Tower, 6th Floor, Room 611
Markham • Ontario • L3R 0B8
www.tandemdiabetes.ca

Date : _____

NOM DU PATIENT (PRÉNOM, NOM) :	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : __ __ __ __/__ __/__ __

Chère, cher _____,

Votre patient a été formé à l'utilisation de la pompe à insuline t:slim X2™. Veuillez vous reporter à la liste de formation pour la pompe à insuline t:slim X2 ci-jointe pour obtenir des détails et des remarques sur cette formation.

Les réglages de pompe à insuline suivants ont été programmés selon les instructions du fournisseur ou sur la base des réglages de la pompe actuellement utilisée par le patient :

Profil personnel (réglages de la pompe)				
Heure	**Débit basal**	**Facteur de correction**	**Ratio glucides**	**Glyc. cible**
Minuit				

Une consultation de suivi avec le patient est prévue à votre cabinet le _____.

N'hésitez pas à me contacter au sujet de ce patient.

Cordialement,

Tandem Diabetes Care Canada, Inc.

© 2022 Tandem Diabetes Care, Inc. Tous droits réservés. QSF-0003733_B