

Programme d'appareils
et accessoires fonctionnels (PAAF)
5700, rue Yonge, 7^e étage
Toronto ON M2M 4K5

Section 1 – Renseignements sur la clinique inscrite au PAAF

Nom de la clinique		Numéro de la Clinique
Personne-ressource		
Téléphone d'affaires	poste	Adresse de courriel

Section 2 – Renseignements sur l'évaluateur

Date du début de l'évaluation du produit (aaaa/mm/jj)	Date de la fin de l'évaluation du produit (aaaa/mm/jj)
Nom de l'évaluateur	Titre
Nom de l'évaluateur	Titre

Section 3 – Renseignements sur la pompe à insuline

Fabriquant	Description de la pompe (marque et modèle)
Personne-ressource du fabricant	Téléphone d'affaires
	poste

Section 4 – Évaluation

Veuillez donner une note à la pompe en fonction des énoncés qui suivent :

La pompe fonctionne de la manière prévue dans le manuel de l'utilisateur ou d'instruction.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

La documentation donnée aux bénéficiaires est appropriée et facile à utiliser.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

La pompe offre des caractéristiques de sécurité fiables.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

La pompe est facile à utiliser.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

Il est facile d'enseigner à l'utilisateur comment utiliser adéquatement la pompe.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

Les données téléchargées de la pompe sont facilement accessibles.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

Les représentants du fabricant peuvent être joints facilement.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

Le fabricant offre un soutien adéquat, y compris une aide technique 24 heures sur 24 pour les pompes.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

La garantie du fabricant est suffisante.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

Le fabricant fournit un soutien adéquat pour la formation des éducateurs.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

La pompe présente des caractéristiques qui équivalent à celles des pompes actuellement financées par le PAAF.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

La pompe présente des caractéristiques supplémentaires supérieures à celles des pompes déjà financées par le PAAF.

Oui Non

Si vous avez coché non, expliquez pourquoi :

Section 5 – Conclusion

La pompe répondrait aux besoins de vos patients.

Oui Non

Commentaires généraux :

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Le but de ce formulaire est de repérer des produits pouvant être financés par le PAAF. Il ne constitue pas un appui au produit mentionné. Veuillez faire parvenir le formulaire rempli au : Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, 5700, rue Yonge, 7^e étage, Toronto (Ontario) M2M 4K5. À l'attention de : Coordonnateur du programme, programme des pompes à insuline et accessoires.