



Paramètres de la pompe

Système YpsoPump®

À remplir par le professionnel de santé.

Informations sur le patient

Nom/Prénom	Initiation du traitement par PSCI avec YpsoPump®
Adresse	Numéro de série de la pompe

Les paramètres dont vous avez besoin pour démarrer votre traitement avec le système YpsoPump® sont répertoriés ci-dessous. Pour mettre votre pompe en service, suivez les instructions du guide de l'utilisateur de la pompe YpsoPump®.

Heure et date

Réglez l'heure et la date.

Profil de débit basal A

Total quotidien		_____ U/jour	
00h00 à 01h00 AM	_____ U/h	00h00 à 01h00 PM	_____ U/h
01h00 à 02h00 AM	_____ U/h	01h00 à 02h00 PM	_____ U/h
02h00 à 03h00 AM	_____ U/h	02h00 à 03h00 PM	_____ U/h
03h00 à 04h00 AM	_____ U/h	03h00 à 04h00 PM	_____ U/h
04h00 à 05h00 AM	_____ U/h	04h00 à 05h00 PM	_____ U/h
05h00 à 06h00 AM	_____ U/h	05h00 à 06h00 PM	_____ U/h
06h00 à 07h00 AM	_____ U/h	06h00 à 07h00 PM	_____ U/h
07h00 à 08h00 AM	_____ U/h	07h00 à 08h00 PM	_____ U/h
08h00 à 09h00 AM	_____ U/h	08h00 à 09h00 AM	_____ U/h
09h00 à 10h00 AM	_____ U/h	09h00 à 10h00 PM	_____ U/h
10h00 à 11h00 AM	_____ U/h	10h00 à 11h00 PM	_____ U/h
11h00 à 12h00 AM	_____ U/h	11h00 à 12h00 PM	_____ U/h





Profil de débit basal B

Total quotidien		U/jour
00h00 à 01h00 AM	_____ U/h	00h00 à 01h00 PM _____ U/h
01h00 à 02h00 AM	_____ U/h	01h00 à 02h00 PM _____ U/h
02h00 à 03h00 AM	_____ U/h	02h00 à 03h00 PM _____ U/h
03h00 à 04h00 AM	_____ U/h	03h00 à 04h00 PM _____ U/h
04h00 à 05h00 AM	_____ U/h	04h00 à 05h00 PM _____ U/h
05h00 à 06h00 AM	_____ U/h	05h00 à 06h00 PM _____ U/h
06h00 à 07h00 AM	_____ U/h	06h00 à 07h00 PM _____ U/h
07h00 à 08h00 AM	_____ U/h	07h00 à 08h00 PM _____ U/h
08h00 à 09h00 AM	_____ U/h	08h00 à 09h00 AM _____ U/h
09h00 à 10h00 AM	_____ U/h	09h00 à 10h00 PM _____ U/h
10h00 à 11h00 AM	_____ U/h	10h00 à 11h00 PM _____ U/h
11h00 à 12h00 AM	_____ U/h	11h00 à 12h00 PM _____ U/h

Réglages

- Régler l'incrément de bolus:** 0,1U 0,5U 1,0U 2,0U
- Fonction de bolus direct activée:** oui non
- Réglage de la limite de bolus:** oui _____ U non (30,0 U)
- Réglage de la limite de débit basal:** oui _____ U/h non (40,0 U/h)

Remarques

Adresse du Centre Médical

Date _____
Nom/Prénom du professionnel de santé _____
Signature du professionnel de santé _____