DEPISTAGE DE LA RETINOPATHIE DIABETIQUE

CARéDIAB
DIABÈTE CHAMPAGNE-ARDENNE
Dispositif autonome de Association d'Appui aux Professionnels de Santé

Prescription médicale pour un fond d'œil non dilaté
à compléter par le médecin et à présenter lors du dépistage

LE PATIENT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Numéro de sécurité sociale _____

Adresse _____

CP _____ Commune _____

Tel _____ Mail _____

LE DIABÈTE

Date de découverte du diabète (année) _____

Type de diabète : **1** **2**
Choix à entourer

Traitement : Antidiabètiques oraux (ADO) ☐ Insulinothérapie ☐ Régime ☐
Case à cocher

HTA : Oui Non Traitement HTA : _____

Pression artérielle : Systolique _____ mmHg Diastolique _____ mmHg

Hémoglobine glyquée : _____ %

LE PRESCRIPTEUR *(médecin traitant ou diabétologue ou Infirmier en pratique avancée)*

Nom _____ Prénom _____

N°RPPS _____
Mention obligatoire

Cachet, date et signature
Mention obligatoire