

**Association:**

**Prescription pour l'enseignement diététique et diabétique** selon art. 9b, al. a et 9c OPAS

**Coordonnées:**

Nom: \_\_\_\_\_ Date naiss.: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA/Domicile: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Assurance: \_\_\_\_\_

N°. d'assuré: \_\_\_\_\_ Modèle médecin de fam.: \_\_\_\_\_

Diagnostic (ou Code CIM): \_\_\_\_\_ CIM-10-Code: \_\_\_\_\_

**Consultation diabétique**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informations générales      | <input type="checkbox"/> Injections pour insuline | <input type="checkbox"/> Complications tardives   |
| <input type="checkbox"/> Autocontrôle de la glycémie | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie             | <input type="checkbox"/> Situations particulières |
| <input type="checkbox"/> Autocontrôle sucre urinaire | <input type="checkbox"/> Soins des pieds          | <input type="checkbox"/> Conduite/voyages/sports  |

Objectifs: \_\_\_\_\_

Remarques: \_\_\_\_\_

**Conseils nutritionnels**

- |   |   |  |                                    |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alimentation (qualitative):  | <input type="checkbox"/> Avec réduction du poids  | <input type="checkbox"/> Sans réduction du poids |                                    |                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Poids limite à atteindre |  |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Alimentation (quantitative): | <input type="checkbox"/> 1200 kcal                | <input type="checkbox"/> 1600 kcal               | <input type="checkbox"/> 2000 kcal | <input type="checkbox"/> 2400 kcal |

Objectifs: \_\_\_\_\_

Remarques: \_\_\_\_\_

**Médecin:**

Tél.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

RCC: \_\_\_\_\_

EAN: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  fixer rdv  Pat. terminé au: \_\_\_\_\_

**Observations et thérapie:**

(ce talon n'est pas transmis à la caisse maladie)

|                    |                    |                     |
|--------------------|--------------------|---------------------|
| A.D.O.:            | Glycémie actuelle: | Triglycéride:       |
| Insuline:          | HbA1c:             | Taille:             |
| Créatinine normal: | Cholestérol total: | Poids:              |
| Créatinine patho.: | HDL:               | Tension artérielle: |

Autres observations importantes pour la consultation: \_\_\_\_\_

Rapport au médecin traitant:  par écrit  par téléphone  rapport pas nécessaire  
Consultation en:  allemand  français  italien  accompagné d'un interprète