

Cours BIEN VIVRE AVEC SON DIABETE

Formulaire d'inscription

www.chuv.ch/edm

Patient :

NOM : Rue :
 Prénom : CP / Ville
 Date de naissance :
 Tél. privé : Tél. prof. : Natel :
 Médecin traitant (nom et tél):
 Diabétologue (nom et tél):
 Médecin envoyeur (nom et tél):(si pas le médecin traitant, merci de l'informer avant)
 Si hospitalisé : IPP, service et médecin responsable :

Données médicales

Diabète de type Diagnostiqué en :
 Dernier HbA1c :% Date : Présence d'hypoglycémies :/semaine
 Complications du diabète ou comorbidités importantes :

Médications

Antidiabétiques	Posologie
Autres	Posologie

Remarques

.....

Le patient peut être présent au prochain cours, merci de bien vouloir voir les dates sous www.chuv.ch/edm afin de vérifier leurs disponibilités.

Oui Non, mais il peut participer au cours de (si possible, merci de mettre ci-dessous les dates) :

....., le Médecin envoyeur (timbre + signature)