

Cours
DIAfood
 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)
 Suivi par diététicienne OUI , nom..... NON

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 Médecin envoyeur (timbre + signature)