

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 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)

