

## Cours d'insulinothérapie fonctionnelle intensifiée - FIT

# Formulaire d'inscription

[www.chuv.ch/edm](http://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)

### Données médicales

Diabète de type ..... Diagnostiqué en : .....  
Dernier HbA1c : .....% Date : ..... Présence d'hypoglycémies : ...../semaine

Hypoglycémie ayant nécessité resucrage par un tiers / coma  Oui date : .....  
 Non

Complications du diabète ou comorbidités importantes :

.....  
.....

### Traitement

- Insuline basale (si pompe, voir ci-dessous) : ..... Type et posologie : .....  
.....
- Insuline rapide : ..... Type et posologie repas et correction : .....  
.....
- Pompe (merci de joindre aussi le débit détaillé) : Modèle de débit basal : .....
- Sensor en continu ..... Modèle : .....

### Remarques

.....  
.....

Le patient peut être présent au prochain cours, merci de bien vouloir voir les dates sous  
[www.chuv.ch/edm](http://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)

