

Cours d'insulinothérapie fonctionnelle intensifiée - FIT
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)

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 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)

