

Cours lipides – Formulaire d'inscription

Patient

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ CP/Ville : _____

Date de naissance : _____ E-mail : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof : _____ Natel : _____

Médecin traitant (nom et tél) : _____

Médecin des lipides / diabétologue : _____

Médecin envoyeur (nom et tél): _____ (si pas le médecin traitant, merci de l'informer avant)

Déjà suivi par une diététicienne : ☐ OUI, nom _____ ☐ Non

Données médicales

Dyslipidémie de type : _____ Diagnostiquée en : _____

Diabète de type : _____ Diagnostiqué en : _____ HbA1c : _____ %

Complications de la dyslipidémie ou comorbidités importantes :

Médications

Traitements dyslipidémie	Posologie
Autres	Posologie

Attentes du patient/ questions

Durant ce cours je souhaite apprendre/comprendre : _____

Remarques : _____

Signature, date et timbre du médecin prescripteur : _____