

Patient

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof : _____

Caisse-maladie : _____ no d'assuré : _____

Début du programme souhaité:

Diabète : type 1 type 2 autre : _____ inaugural connu depuis :

Poids : _____ Taille : _____

Dernière HbA1c : _____ date : _____

Autres diagnostics ou complications du diabète :

Autres facteurs de risque cardiovasculaires :

- tabac, UPA : HTA
 hypercholestérolémie antécédents familiaux
 stress obésité
 syndrome d'apnées du sommeil

Limitations : (pied diabétique, arthrose, psychologique) :

Capacité physique :

sédentaire	actif	très actif
------------	-------	------------

Suite au verso

h:\gestion du site internet\liens hypertextes actifs\fo-2.41-10 formulaire demande rda.docx/ jpb
/15.09.2011

Version 1 du 31.08.11

Contrôlé par RMQ

Libéré par PPRO

Traitement antidiabétique :

Médication :

Insulinothérapie :

Auto- contrôle glycémie : oui : /jour non

Autres traitements :

Patient suivi par un cardiologue : non oui, nom : _____

Patient suivi par un diabétologue : non oui, nom : _____

Consultation chez notre diabétologue souhaitée : oui non

Remarques :

Timbre et signature du médecin-traitant

SVP : joindre les copies des rapports hospitaliers ou du médecin spécialiste (cardiologue, diabétologue), merci !

A retourner :
Clinique Le Noirmont
Secrétariat médical / RDA
Mme M. Petermann
2340 Le Noirmont.
Fax : 032.957.56.27
Tél : 032.957.56.20.

h:\gestion du site internet\liens hypertextes actifs\fo-2.41-10 formulaire demande rda.docx/ jpb
/15.09.2011

Version 1 du 31.08.11

Contrôlé par RMQ

Libéré par PPRO

h:\gestion du site internet\liens hypertextes actifs\fo-2.41-10 formulaire demande rda.docx/ jpb
/15.09.2011

Version 1 du 31.08.11

Contrôlé par RMQ

Libéré par PPRO