

à remplir par un professionnel de santé.

Mr  Mme **Nom :**

Téléphone :

Adresse :

Médecin traitant / ville :

Sans MT

**Prénom :**

Date de naissance :        /        /

Mail :

**CRITERES D'INCLUSION**

DT1     DT2

Risque de diabète à expliciter :

- Découverte récente de diabète
- Sortie d'hospitalisation, **date :**
- Changement de traitement
- Découverte ou aggravation d'une complication
- Non observance :
- Vulnérabilité, fragilité
- Autre :

**ETP SOUHAITEE par le patient**

- Bilan Educatif Partagé annuel
- Alimentation
- Médicale (pathologie, traitement, podologie)
- Activité Physique Adaptée
- Psycho comportemental
- Autre :

**Commentaires :**

**Réservé Revesdiab**

Date réception :

Validé par :

**INFORMATIONS MEDICALES\***

**Patient diabétique depuis :**

Dernière **HBA1C** ou Glycémie à jeun récente :

**Poids :**                      **Taille :**                      **IMC :**

**Facteurs de risque cardio-vasculaire :**

- HTA     Obésité     Cholestérol     Sédentarité
- Tabac

Autre :

Polyopathologies :

Traitements actuels : (diabète et autres pathologies)

*\* Peuvent être joints à cette demande les comptes rendus médicaux, prescriptions médicales et résultats biologiques.*

**Réservé Professionnel de santé**

J'atteste avoir informé ce patient de la communication de ses données afin de l'orienter vers un parcours ETP Diabète Revesdiab.

Date :

Coordonnées ou Tampon :

Mail :

Signature

