

Prescription médicale pour l'enseignement individuel en diabétologie selon art. 9B lettre a et 9 c et les prestations de soins selon art. 7 al, al 2a et 2b, chiffre 10 de l'OPAS

Sexe :

Nom / Prénom :

né(e) le :

Adresse :

NPA / Localité :

Caisse maladie :

Assuré No. :

Médecin :

Tél. :

Fax :

Renseignements :

Dès le :

- Bilan, évaluation infirmière
- Gestion du diabète au quotidien
- Motivation et travail sur les croyances de santé
- Auto – contrôle glycémique : techniques, objectifs, interprétation des résultats
- Alimentation : équilibrage alimentaire
- Hypoglycémie : prévention et gestion
- Insulinothérapie : technique d'injection, gestion et compréhension du traitement
- Prévention des complications
- Pose capteurs CGM

Soins :

- Évaluation, conseils et soins des pieds

Pour prendre rendez-vous contactez-nous au 021 657 19 20

Désirez-vous que l'infirmier(ère) vous contacte avant le début des consultations ? | Oui | Non

Vous recevrez un rapport de l'infirmier(ère) à la fin de l'enseignement

Signature de l'infirmier(ère) :

Timbre et signature du médecin :

Indications confidentielles restant en possession de l'infirmier(ère). Veuillez SVP nous faire parvenir un FaxMed ou compléter ce document

Veuillez SVP nous faire parvenir un FaxMed ou compléter ce document

Diabète Type 1 2 autre depuis

Complications : cardiopathie neuropathie artériopathie rétinopathie néphropathie

SVP joindre le dernier examen de laboratoire

Dernier résultat HbA1C date :

(obj. HbA1C :.....)

Autres diagnostics :

Traitement actuel :

Remarques :