

Prescription médicale de prestation **spécialisée diabétologie**

<i>Date</i>	<i>Signature et timbre du médecin / N° EAN, N° RCC</i>
-------------	--

Patient·e

Nom, prénom :	Date de naissance :
Adresse :	NPA – Localité :
Tél /portable :	Quand est-elle atteignable ?
Assurance :	N° AVS :

Mandat (cochez la ou les cases concernées)

Conseils et enseignement complet :

Enseignement et conseils d'ordre général

Enseignement et conseils ciblés

<input type="checkbox"/> Notions fondamentales sur le diabète	<input type="checkbox"/> Insulinothérapie
<input type="checkbox"/> Auto surveillance glycémique	<input type="checkbox"/> Sensibilisation à l'activité physique
<input type="checkbox"/> Techniques d'injection	<input type="checkbox"/> Evaluation du risque du pied diabétique
<input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux per os ou injectables	<input type="checkbox"/> Notions de base de l'alimentation
<input type="checkbox"/> Situations exceptionnelles	<input type="checkbox"/> Autre :

Renseignements du médecin (restant en possession de l'infirmière)

Diabète type : 1 2 gestationnel autre : _____ **depuis :** _____

Complications et comorbidités connues :

Traitements actuels :

Pour les soins à domicile, consultation au cabinet réunissant le médecin, l'infirmière et le patient souhaitée ?

Oui Non Intervention dès le :

Réponse souhaitée par : Courrier Téléphone Mail

Demande à envoyer à l'infirmière spécialisée diabète concernée :

ASPMAD (domicile Nord Vaudois) : cmsnv@avasad.ch

eHnv (hôpitaux Yverdon et St Loup) : diabetologie@ehnv.ch

RSBJ (hôpital Ste Croix) : diabetologie@rsbj.ch