

FICHE D'INCLUSION ETP DIABETE : Initiale

Reprise

Date du jour :

Coordonnées du patient

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

IPP :

SS : OUI NON n° SS : / / / / / / / / / /

Adresse :

CP : Ville :

☎ : _ / _ / _ / _ / _

Mail :@.....

Accompagnant ou personne aidante NOM : Prénom :

Besoin de traduction : OUI NON ☎ : _ / _ / _ / _ / _

Type de diabète : Type 1 Type 2

Critères d'inclusion :

- Déficit de connaissances ou d'apprentissages dans les divers traitements du diabète

Professionnel de santé qui inclut le patient

Je soussigné(e).....propose à mon patient de suivre le programme d'Education thérapeutique proposé par le CHM sur le secteur de soin de référence de

SECTEUR :

Signature :

Faire au préalable une biologie de routine ci-jointe

Coordonnées : EMET 0269618000 Poste 5033/5034

0639222172 Codé 71154

Courriel : emet@chmayotte.fr

