



**Prescription médicale pour un fond d'œil non dilaté à compléter
par le médecin et à présenter lors du dépistage (avec la carte vitale)**

Patient	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse :	
Téléphone :	Adresse mail :
Diabète	
Ancienneté : <input type="checkbox"/> - 5 ans <input type="checkbox"/> entre 6 et 10 ans <input type="checkbox"/> entre 11 et 15 ans <input type="checkbox"/> + 15 ans	
Type : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Traitement :	
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	
Dernier résultat : <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10	
Date :	
Pression artérielle	
HTA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Equilibrée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traitée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Cholestérol	
Cholestérol : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Médecin traitant	
N° RPPS :	NOM Prénom :
N° ADELI :	ADRESSE :
QUALIFICATION :	ADRESSE MAIL :
SECTEUR CONVENTIONNE :	N° DE TELEPHONE :
DATE :	CACHET ET SIGNATURE :