



**Document de liaison et centralisation annuel pour
l'éducation d'un patient diabétique de type 2 dans
le cadre du suivi diabétique de type 2 :**

année

*(à remplir, remettre au patient
en lui demandant de le
conserver et de le prendre
lorsqu'il se rend chez un
éducateur)*

Partie 1 : à remplir par la personne qui adresse le patient :

Patient adressé par : cachet ou nom, prénom, adresse, tél

Résumé de la demande, des attentes concernant l'éducation :

Résumé d'informations à communiquer à l'éducateur :

Date :	HbA1c	BMI	HTA traitée	LDL	MDRD
.../.../...			Oui / non		
.../.../...			Oui / non		

Traitement :	Diabète	hypertension	Hypercholestérolémie

Complications connues :

Partie 2: à remplir par le prestataire qui éduque le patient (pour un suivi des séances d'éducation attestées)

Aux termes des séances prestées, un rapport sera envoyé au médecin généraliste et **au prestataire qui adresse le patient**)

Date des prestations	Diététicien	Educateur	Infirmier	Pharmacien	Kiné	Nom, prénom, signature du prestataire
Suivi ordinaire						
.../.../...						
.../.../...						
Sous-groupe cible (noter les codes prestés, individuelle ou en séance de groupe)						
.../.../...						
.../.../...						
.../.../...						
.../.../...						