Document de liaison et centralisation annuel pour l'éducation d'un patient diabétique de type 2 dans le cadre de son TDS : **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, un rapport sera envoyé au médecin généraliste et **au prestataire qui adresse le patient**

Dates des prestations	**Education MDD** 794415	**Education au domicile** 794430	**Education en groupe** 794452	**Signature du prestataire**
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				
……/……/……				