Demande d’inclusion

*Je vous confie Mr Mme……………………………………………………………………………,*

 *né(e) le …..… /….… /…..... dans le cadre du parcours d’éducation thérapeutique DIABETE.*

*Coordonnées du patient :*

* **A ce jour :** IMC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HbA1c \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Traitement**
* **Objectifs glycémiques**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Consignes données en cas d’hypoglycémies :** *.....................................................................................................................................*

*........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Facteurs de risques associés *.........................................................................................................................................................................*

*.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Autres problèmes de santé : *..........................................................................................................................................................................*

*............................................................................................................................................................................................................................................................*

*.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

* **Difficultés psychosociales ? □ non □ oui,** lesquelles

*............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Cachet du médecin

A*...............................................* le *……………………………………………*

Signature