

DEMANDE DE CONTRÔLE DES YEUX DES PATIENTS DIABÉTIQUES

COORDONNÉES PATIENT

Nom
 Prénom
 Rue / No
 NPA / Lieu
 No AVS
 Date de naiss. Sexe
 Téléphone Téléphone
 E-mail
 Employeur

OPHTHALMOLOGUE

GLN
 E-mail
 RCC
 No membre
 Modèle du médecin de famille

Caisse maladie

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE / MÉDECIN DE FAMILLE / DIABÉTOLOGUE

Première orientation Informations relatives à l'évolution

Motif d'orientation

Type de diabète Date du diagnostic initial
 Traitement Orale Antidiabetika Insuline, depuis Autres
 Observations HbA1c Tension artérielle
 Baisse de l'acuité visuelle Aucune Subjective Objective
 Diagnostics associés Hypertension Dyslipidémie CC / AOMI / AVC
 Lésions existantes des organes cibles
 Autres

Remarques/Modifications
 depuis la dernière visite

Prière de proposer un rendez-vous au/à la patient-e pour un examen de contrôle ophtalmologique

MÉDECIN ASSIGNANT

Tél. Fax
 GLN RCC
 E-mail

Signature (inutile en cas de transmission électronique)

Date

TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE