

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 RCC
E-mail
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