

Pour prendre RDV appelez le  
**06 17 14 69 52**  
Lundi, mardi, jeudi et vendredi



## Prescription médicale pour un fond d'œil non dilaté à compléter par le médecin et à présenter lors du dépistage

### Patient

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... A .....

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

### Diabète

Ancienneté :  - 5 ans  entre 6 et 10 ans  entre 11 et 15 ans  + 15 ans

Type :  1  2

### Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Dernier résultat :

Date :

### Pression artérielle

HTA :  oui  non

### Médecin traitant

N° RPPS : ..... NOM PRENOM : .....

N° ADELI : ..... ADRESSE : .....

QUALIFICATION : ..... N° DE TELEPHONE : .....

DATE : ..... CACHET ET SIGNATURE

"Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la FEMAGE".  
Immeuble Thiers Bureaux - 9ème étage - 4, Rue Piroux - 54048 NANCY CEDEX