



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 : 7 8 9 10

Date :

Pression artérielle

HTA : ☐ oui ☐ non

Médecin traitant

N° RPPS : NOM PRENOM :
N° ADELI : ADRESSE :
QUALIFICATION :
SECTEUR CONVENTIONNE : N° DE TELEPHONE :
DATE : CACHET ET SIGNATURE