



**Prescription médicale pour un fond d'œil non dilaté à compléter
par le médecin et à présenter lors du dépistage (avec la carte vitale)**

Patient

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale :
Adresse :
Téléphone : Adresse mail :

Diabète

Ancienneté : - 5 ans entre 5 et 10 ans entre 10 et 15 ans + 15 ans
Type : 1 2
Traitement :

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Dernier résultat : 7 8 9 10
Date :

Pression artérielle

HTA : oui non Equilibrée : oui non Traitée : oui non

Cholestérol

Cholestérol : oui non Traité : oui non

Médecin traitant

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