



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR R2D

dans un programme d'éducation thérapeutique

Diabète Adulte

Sexe : M F

Date naissance :

Nom :

Prénom :

Tél :

Adresse :

Je vous adresse ce patient diabétique pour :

(Vous pouvez joindre les derniers résultats d'analyse et la dernière prescription)

- Découverte du diabète
- Sortie d'hospitalisation ou changement de traitement
- Découverte ou aggravation d'une complication
- Défaut d'observance
- Démarche active du patient
- Autre (difficulté psychologique ou psychiatrique, socio-culturel, isolement, précarité...)

Fait par :

Le :

Coordonnées et signature :

Cadre réservé R2D

Reçu le :

Validé par :

Action réalisée :

Merci de retourner ce document à l'association proche du lieu de vie du patient, ou de la contacter directement :

75, 95, 93	ParisDiabete	16 bis rue Lauzin, 75019 Paris	N°VERT : (appel gratuit) 0805 382 002
92, 95, 93	Diabète 92 Nord	28 Rue Salvador Allende, 92000 Nanterre	
91, 94, 77, 78, 95, 93	Revesdiab	4 rue Octave du Mesnil, 94000 Créteil	