**Dispositif DiabEst**

Formulaire de demande de prestations à envoyer par mail à **diabest@rshl.ch**ou par fax au **021 967 22 93**

|  |
| --- |
| Données administratives du patient (ex : étiquette) |

1. **Informations sur votre patient**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de diabète | [ ]  Type 1 | [ ]  Type 2 | [ ]  Gestationnel | [ ]  Autre |

|  |
| --- |
| Traitement actuellement prescrit :HbA1c : Créatinine : |

|  |
| --- |
| Co-morbidités : |

**2. Prestataires attendus**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]   | Diabétologue |
| [ ]   | Infirmier-ère en diabétologie |
| [ ]   | Diététicienne |
| [ ]   | Podologue – soins podologiques |
| [ ]   | Dépistage/Suivi ophtalmologique |  |
| [ ]   | Participation aux cours DiabEst |

**3. Motifs de la demande et remarques**

|  |
| --- |
|  |

Date : Timbre et signature :