



TRAJET DE SOINS DIABÈTE DE TYPE II

Rapport de la séance d'éducation du:/...../.....

Vignette patient(e)

Date de naissance:/...../.....

Téléphone:.....

Généraliste: Diabétologue:

Educateur/rice en diabétologie:.....

Diététicien(ne):..... Podologue:.....

Date d'accord du trajet de soins:/...../.....

Date de la 1^{re} séance d'éducation:/...../.....

Séance d'éducation de départ:

Séance d'éducation de suivi:

HbA1c: Glucomètre:

Traitement du diabète:

Remarques:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....