



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<sup>re</sup> séance d'éducation: ...../...../.....

Séance d'éducation de départ: .....

Séance d'éducation de suivi: .....

HbA1c: ..... Glucomètre: .....

Traitement du diabète: .....

Remarques: .....

.....