



Prescription médicale pour un fond d'œil non dilaté à compléter par le médecin et à présenter lors du dépistage

Patient

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

Diabète

Ancienneté : - 5 ans entre 6 et 10 ans entre 11 et 15 ans + 15 ans
Type : 1 2

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Dernier résultat :

Date :

Pression artérielle

HTA : oui non

Médecin prescripteur

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