

NOM et PRENOM

DATE DE NAISSANCE

NUMERO DE TELEPHONE



Grille de repérage et d'adressage des patients pouvant intégrer le dispositif "sport-diabète"



DATE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NOM DE LA PERSONNE QUI ORIENTE :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
La personne est majeure			
Nouvellement diabétique			
Hémoglobine glyquée (non à l'objectif des recommandations)	Taux :		
Glycémie à jeun	Taux :		
La personne manifeste un intérêt à pouvoir agir sur sa condition en pratiquant de l'activité physique			
Bilan physique :			
Commentaires :			

J'accepte d'être contacté pour participer au programme "sport-diabète"

J'autorise les professionnels à utiliser mes coordonnées et données médicales confidentielles dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire

A

Le

Signature du bénéficiaire

