



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 :	
Type :	
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	
Dernier résultat :	
Date :	
Pression artérielle	
HTA :	
Médecin traitant	
N° RPPS :	NOM Prénom :
N° ADELI :	ADRESSE :
QUALIFICATION :	ADRESSE MAIL :
SECTEUR CONVENTIONNE :	N° DE TELEPHONE :
DATE :	CACHET ET SIGNATURE :

"Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la FEMAGE". Immeuble Thiers Bureaux - 9ème étage - 4, Rue Piroux - 54048 NANCY CEDEX

