



**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 : 6 7 8 9 10

Date :

Pression artérielle

HTA : oui non

Médecin traitant

N° RPPS : NOM Prénom :

N° ADELI : ADRESSE :

QUALIFICATION : ADRESSE MAIL :

SECTEUR CONVENTIONNÉ : N° DE TELEPHONE :

DATE : CACHET ET SIGNATURE :