

# FICHE D'INSCRIPTION

Médecin TRAITANT :  
Médecin SPECIALISTE :

Nom : .....

Prénom : .....

Age : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : /\_\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

N° S.S : /\_\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Centre : .....

**Inscription(\*) :**

Module 1 : diabète de type 2 insuliné

Module 2 : diabète de type 2 sous régime +/- traitement oral

Date du module : /\_\_/\_/\_/

Ancienneté du diabète : /\_\_\_\_\_/

Type de diabète :            DT2 ADO                     DT2 INSULINE             (\*)

Type de lecteur : .....

HBA1C : .....

Tour de taille : .....

IMC : .....

Point fort : .....

.....

Point faible : (à développer au cours de la séance).....

.....

Traitement :

---

**COMMENTAIRE LE JOUR DE LA FORMATION :**

.....

.....

.....

(\*) Cocher la case correspondante