|  |
| --- |
| **Prescription conseil diététique** |
| Identification du patient ou vignette mutualiste |
| **S'il vous plaît sélectionner la réponse appropriée :**  Pré-trajet diabète (max. 2 sessions/année)  Trajet de soins diabète de type 2 (max. 2 sessions/année)  Trajet de soins insuffisance rénale chronique  (max. 4 sessions/année)  Consultation (pas un des trajets ci-dessus) |
| **Raison de la consultation :**  Perdre du poids  Hypoglycémie  Hypertension  Néphropathie  Pauvre en sodium  Pauvre en potassium  Autre :  Autre : |
| **Prise de médicaments et valeurs de laboratoire**  Voir annexe |
| Cachet + signature du médecin  Date: |