|  |
| --- |
| **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:       |