

**FORMULAIRE DE PRESCRIPTION AU PROGRAMME D'EDUCATION  
THERAPEUTIQUE AMBULATOIRE DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 2, OU  
PORTEUR DE RISQUE CARDIO VASCULAIRE, ET DE SON ENTOURAGE**

Nom et Prénom du patient : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....@.....

N° de Sécurité Sociale : .....

Motif(s) de prescription :

Date de la consultation : ..... / ..... / .....

Signature et cachet du médecin :

*Le/la patient(e) sera contacté(e) par le secrétariat pour un rendez-vous en vue du Diagnostic Éducatif.*

L'ordonnance est à adresser par :

- courriel : [atlantique.diabete@wanadoo.fr](mailto:atlantique.diabete@wanadoo.fr) ou [asso.atlantiquediabete.17019@esante-poitou-charentes.fr](mailto:asso.atlantiquediabete.17019@esante-poitou-charentes.fr)
- fax : 05 46 42 17 88 ou
- courrier : 1 rue du Dr Schweitzer 17019 La Rochelle Cedex 01

Pour plus d'informations, vous pouvez nous contacter au 05.46.45.67.32