

**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 ou 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