|  |
| --- |
| **NOTIFICATION AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DE LA FIN DU PROGRAMME DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE POUR L'AUTOGESTION DU DIABÈTE DU GROUPE C1 POUR LES BENEFICIAIRES QUI ONT CONCLU UN TRAJET DE SOINS** |

# A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE POUR l’AUTOGESTION DU DIABETE

**Identification du service de diabétologie conventionné :**

Numéro : 7.86 . . . . . . Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Le soussigné, déclare que Mme / M ........................................................ apposer une vignette svp

|  |
| --- |
|  |

qui a suivi temporairement le programme de soins multidisciplinaire du groupe C1 dans le cadre de la convention en matière d'autogestion des patients atteints du diabète sucré, passe de nouveau au régime des patients avec un trajet de soins et obtient donc son matériel et l'éducation au diabète dans ce cadre.

Nom, signature et date du **médecin responsable** **ou de l’endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie** conventionnée:

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**A compléter par le médecin-conseil**

Date de réception de la notification : ………../…………../……………

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..