

PRESCRIPTION DANS LE CADRE DE LA CONVENTION DE REEDUCATION CONCLUE AVEC LE COMITE DE
L'ASSURANCE SOINS DE SANTE (I.N.A.M.I.)
DU.....(*) AU

Identification du bénéficiaire

Nom du patient : Sexe : M F

Date de naissance : jour : . . mois : . . année :

Code postal du lieu de résidence :

Application pour programme d'autogestion un accord pour un des deux programmes
 programme pompe à insuline implique automatiquement un accord pour
la prise en charge des frais de
déplacements dans le cadre de visites
dans le milieu de vie du bénéficiaire

Le diabète est traité par :

- le pédiatre – diabétologue du service conventionné
- un autre médecin : spécialiste: Dr. N° d'inscription I.N.A.M.I.
- médecin traitant: Dr. N° d'inscription I.N.A.M.I.

Données cliniques et d'anamnèse

Année où le diabète est apparu (1^{ère} injection d'insuline) :

- Ce patient faisait-il déjà, avant le (*) de l'auto-contrôle dans le cadre de la convention-type de rééducation?
- Non diabète récemment découvert
 - nouveau patient pour la convention de rééducation
 - Oui dans le cadre de la convention de rééducation de l'hôpital
 - dans le cadre de la convention de rééducation d'un autre hôpital

- Nombre d'injections d'insuline : 1
- par jour (administré la veille de la présente prescription) 2
- 3
- > ou= 4
- pompe à insuline

(*) Il est impératif de mentionner la même date que celle du début de la période demandée
(**) Plusieurs choix sont possibles

