

Nom	Adresse
Prénom	Téléphone
<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Caisse-maladie <input type="checkbox"/> Modèle du médecin de famille
Date de naissance	

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE / MÉDECIN DE FAMILLE / DIABÉTOLOGUE

- Première orientation Informations relatives à l'évolution

Motif d'orientation

Type de diabète : _____ Date du diagnostic initial : _____

Traitement antidiabétiques oraux insuline, depuis : _____ autres : _____

Observations HbA1c : _____ % tension artérielle : _____

Baisse de l'acuité visuelle aucune subjective objective

Diagnosics associés hypertension dyslipidémie CC/AOMI/AVC
 lésions existantes des organes cibles : _____
 autres : _____

Remarques/Modifications depuis la dernière visite ? _____

- Prière de proposer un rendez-vous au/à la patient-e pour un examen de contrôle ophtalmologique.

Nom du médecin _____
Date _____

Signature du médecin

À REMPLIR PAR L'OPHTALMOLOGUE

- Premier examen de contrôle ophtalmologique Contrôle de suivi, informations relatives à l'évolution

Observations/Diagnostic

- pas de rétinopathie diabétique
 rétinopathie légère à modérée
 rétinopathie sévère non proliférante
 rétinopathie diabétique proliférante
 œdème maculaire diabétique

acuité visuelle
(corrigée) :

D
G

acuité visuelle (corrigée)
lors du dernier contrôle :

D
G

pression
(normale 10–21 mmHg) :

D
G

Suite de la procédure**Traitement**

- | | D | G |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> examens cliniques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> injections anti-VEGF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> stéroïdes intravitréens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> traitement au laser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> traitement chirurgical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Intervalle de contrôle

- 3 mois 6 mois 12 mois

Le patient a rendez-vous chez nous le : _____

Le patient a été orienté vers (modèle du médecin de famille :
restituer le dossier au médecin de famille) _____

Demande de prise de contact : _____

Le/la patient-e ne s'est pas manifesté(e) ou ne s'est pas présenté(e) au rendez-vous. Veuillez le/la contacter.

Remarques/Modifications depuis la dernière visite ? _____

Nom du médecin _____
Date _____

Signature du médecin