Réseau Corse
Maladies Chroniques

FICHE NAVETTE

FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EDUCATIVE D'UN PATIENT PAR LE RCMC

Identité de l'Adresseur :

NOM du patient : **Prénom du patient :**

Date de Naissance : / / ☐ H ☐ F Enfant : ☐ G ☐ F

Adresse :

Tél. : *Fixe :* *Port :*

Heures où le patient peut être contacté préférentiellement :

Nom du Médecin Traitant : **Téléphone :**

Adresse : **CP :** **Ville :**

Maladie chronique justifiant la demande : ☐ Diabète Type 1 ☐ Diabète Gesta ☐ Surpoids/Obésité ☐ Diabète Type 2 ☐ FRCV/MCV ☐ IRC

Référent/Personne de confiance :

NOM : **Prénom :** **Parenté :**

Tél. : *Fixe :* *Port :*

Prescription médicale/Traitement :

* * *

* * *

Besoin(s) éducatif(s) repéré(s) :

Autre(s) demande(s) :

Remarques pouvant aider à la prise en charge :