**Fiche liaison CPTS**

**Signalement patient diabétique + de 45 ans**

**Nom : Prénom :**

**Né le :**

**Tel :**

**Adresse :** Mail si possible :

Adressé par : (précisez la profession)

MT :

Motif de la demande :

Année de découverte du diabète :

ATCD :

Traitement en cours (joindre si possible la dernière ordonnance)

Biologie : A préparer avant évaluation à domicile bilan de moins de 3 mois