□ NOM **□ Prénom**

□ date de naissance / / .

□ Adresse du patient

□ Téléphone du patient

□ Numéro de sécurité sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

□ Caisse dont dépend le patient :

□ ALD **□ Oui** **□ Non**
□ CMU **□ Oui** **□ Non**

□ NOM DU MEDECIN TRAITANT **□ NOM DE L'OPHTALMOLOGISTE**

Date de dernière consultation:

□ RENSEIGNEMENTS SOUHAITES

□ DIABETE **□ DID** **□ DNID**
□ Ancienneté du diabète :

□ Dernier dosage de l'HbA1c :

□ HTA **□ OUI** **TA Mesurée :**
□ NON

□ Atteinte rénale **□NON** **□ OUI**
Microalbuminurie :

□ ALLERGIE Connue **□NON** **□ OUI**
Lesquelles :

□ Traitements antérieurs à visée ophtalmologique (chirurgie, laser…)

□ Traitement général en cours