

DEMANDE DE CGMS

COORDONNEES PATIENT :

(Mesure ambulatoire de la glycémie en continu)

Service de diabétologie HUG

Demandé par Dr(e) : Copie(s)

Adresse :

Date :

Motif de la demande :
.....
.....
.....

Type de diabète I [] II [] Année du diagnostic :.....

Dernière HbA1c (%) (date :.....)

Hypoglycémies oui [] non []

Si oui : à quelle fréquence ? Ressenties ? Corrections ?

Commentaires :
.....

Automesure glycémique : Oui [] Fréquence..... Non []

TTT ANTIDIABETIQUE actuel :

.....Dose : Depuis :
.....Dose : Depuis :
.....Dose : Depuis :

Réservé à l'infirmier (ère)

.....

Remarques.....
.....