**Cours Insulinothérapie Fonctionnelle**

Madame, Monsieur : (nom et prénom)...........................................................................................................................

Tél (fixe et portable) : ...................................................................................................................................................

Email : .........................................................................................................................................................................

**Quelques repères :**

Votre année de naissance : ........................................................................................................

L'année de la découverte de votre diabète : ........................................................................................................

Vos insulines : ........................................................................................................

Nb d'unités et heures des injections : ........................................................................................................

Votre taille : ........................................................................................................

Votre poids : ........................................................................................................

**Votre activité :**

Quelle est votre profession : ........................................................................................................

Votre travail demande-t-il un effort physique: Oui Non

De quelle importance : Modéré Moyen Important

**Qui surveille votre diabète :**

Votre médecin : Généraliste **ou** Interniste Diabétologue Autres

A quelle fréquence (consultations/année): ...............................................................................................................

**Equilibre actuel de votre diabète** :

A votre avis, est-il : Bon Satisfaisant Insuffisant Mauvais

Connaissez-vous votre dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) : Oui Non

Valeur : ..............................................................................Date : ...............................................................................

Pourquoi vous-êtes-vous inscrit(e) à ce cours d'insulinothérapie fonctionnelle : …………………………………………….. ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

D'avance, nous vous remercions pour votre collaboration.

A bientôt