



## DÉPISTAGE DIABÈTE

### DOSAGE DE LA GLYCÉMIE

#### IDENTITÉ DU PATIENT

Nom et Prénom

Date de naissance

Adresse postale

Médecin traitant (Nom, prénom, adresse professionnelle)

Résultats:

Au laboratoire       Par courrier       Par internet

Adresse mail et numéro de téléphone

Date et heure du prélèvement :

#### FACTEUR(S) DE RISQUES OU SYMPTÔME(S)

- ATCD Familiaux       Obésité/Surpoids       sédentarité
- Grossesse       Hypertension       Hypercholestérolémie
- Soif excessive       Urines fréquentes       Tabagisme
- Perte de poids       Fatigue extrême

#### CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT

J'accepte que mes données personnelles de santé soient utilisées à des fins de recherche et pour mon suivi médical :

Oui       Non