

**Partie réservée au réseau diabète**

N° d'identification : /\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /

**IPP CHM :**

**FICHE D'INSCRIPTION DU PATIENT**

**A RENSEIGNER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE**

Nom / Prénom du patient : /\_/

Tél obligatoire : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /

Envoyé par : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_\_ Tél/Mail : /\_/

Habite à : /\_/

Type de diabète :  Type 1     Type 2     Diabète Gestationnel Date prévue d'accouchement :

Langue parlée :  Français     Shimahoré     Shibuchi

Fait à : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /

Le : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /

A envoyer par :  
Fax : 02 69 61 04 02  
Mail : [opérateur@rediab-ylang.fr](mailto:opérateur@rediab-ylang.fr)

Signature du Patient :

**A RENSEIGNER PAR LE RESEAU**

Comment avez-vous connu le réseau ? /\_/

Adhésion individuelle     Patient adressé par un soignant

Adresse : /\_/

Bât : /\_/\_/\_ / Esc. : /\_/\_/\_ / Etage : /\_/\_/\_ /

Code postal : /\_/\_/\_/\_/\_ / Ville : /\_/

Date de naissance : /\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /

Lieu de naissance : /\_/

Code Postal du lieu de naissance : /\_/\_/\_/\_/\_ / Pays : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /

Patient affilié à la sécurité sociale                       Oui                       Non

Si Oui préciser les informations ci-dessous :

Caisse de Sécurité Sociale de rattachement : /\_/

N° de sécurité sociale : /\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /