CENTRE HOSPITALIER DE LA RISLE

Education Thérapeutique des Patients diabétiques de type 2

6. Fiche de Suivi

Etiquette Patient	**Nom :** **Nom de jeune fille :** **Prénoms :** **Date de naissance :**
N° identifiant du patient :	
N° de session	| 2 | 0 | __ | __ | | __ | __ |

Examens	***Bilan Ateliers***		***Suivi 6 mois***		***Suivi 1 an***
	Jour / mois	***Jour/mois***	***Jour / mois***	***Jour / mois***	***Jour/mois***
Tour de taille					
Poids					
IMC					
HBA1c					
Glycémie					
HDL					
LDL					
TG					
TAS					
TAD					