

FICHE D'ENTREE DU PATIENT AU RESEAU SAVEDIAB

Toute l'équipe vous remercie de nous renvoyer cette fiche avec votre lettre d'adhésion au

Réseau Savédiab – Maison des Réseaux – 5 rue Pierre et Marie Curie 73000 Chambéry
Tél. : 04.79.68.23.71 & 04.79.68.23.73 --- Fax : 04.79.62 39 71 --- Web : WWW.SAVEDIAB.ORG

• **NOM** (usuel) et **Prénom** :

• **Comment avez-vous eu connaissance du réseau ?**

Noms et prénoms de vos Professionnels de Santé

↪ Médecin traitant :

↪ Médecin endocrinologue (diabétologue) :

↪ Pharmacien et nom de la pharmacie :

↪ Infirmier libéral et nom du cabinet :

↪ Diététicien :

↪ Podologue :

↪ Autres, indiquer la profession :

⇒ ETES-VOUS INTERESSE PAR UN CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTE DANS LE CADRE DE VOTRE PARCOURS PERSONNALISE ? Oui Non

⇒ ETES-VOUS INTERESSE PAR UN ENTRETIEN AVEC L'EDUCATRICE PHYSIQUE DU RESEAU ? Oui Non

■ **JE PEUX ASSISTER AUX REUNIONS PREVUES A (cocher une ou plusieurs cases) :**

<input type="checkbox"/> AIX LES BAINS	Centre Hospitalier
<input type="checkbox"/> ALBERTVILLE	Espace Associatif
<input type="checkbox"/> BELLEY	Maison des Sociétés
<input type="checkbox"/> BOURG SAINT MAURICE	Salle Galaxie (près du cinéma)
<input type="checkbox"/> CHAMBERY	Maison des Réseau de Santé de Savoie, Pavillon Sainte Hélène, 2 ^{ème} étage
<input type="checkbox"/> CHAMBERY LE HAUT	CPAM, Salle Prévention, en bas du Super U et en face de la Poste
<input type="checkbox"/> LESCHERAINES	Mairie
<input type="checkbox"/> SAINT JEAN DE MAURIENNE	Centre Hospitalier

■ **Avez-vous d'autres suggestions, remarques, éléments à nous transmettre ?**

Etiquette d'adresse du patient

Code du Patient

Référent 1 :

Référent 2 :

Zone de soins de proximité

Aix les bains (n°39) Belley (n°2) Chambéry (n°38) Maurienne (n°40) Tarentaise (n°41)

DATE D'ADHESION DU PATIENT :

THEMATIQUE D'ENTREE AU RESEAU :

DATE DE TRANSMISSION AU REFERENT :

.....

Remarques

DATE, INTERLOCUTEUR