



Programme de dépistage mobile de la rétinopathie diabétique en Lozère Est

Madame, Monsieur,

La **CPTS Terre des sources-LozèreEst** et l'association **Diabète Occitanie** organisent un programme de **dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique** selon le calendrier suivant :

Lieux	Dates	Horaires
VILLEFORT Maison de santé 61 place du Bosquet 48800 Villefort	Samedi 25/05/2024	09h-12h
BAGNOLS-LES-BAINS Mairie 2 rue de la Poste 48190 Mont-Lozère-et-Goulet	Samedi 25/05/2024	14-17h
MONTS-DE-RANDON Cabinet médical Rue de Fortunio 48700 Monts-de-Randon	Samedi 01/06/2024	09h-12h
LE COLLET-DE-DÈZE Maison de santé Rue principale 48160 Le Collet-de-Dèze	Samedi 29/06/2024	09h-12h
FLORAC Centre hospitalier 6 place de l'ancienne gare 48400 Florac-Trois-Rivières	Samedi 29/06/2024	14h-17h

Si vous souhaitez vous faire dépister, contactez la coordinatrice de la CPTS pour prendre rendez-vous :

Emeline BORN
06.76.99.68.13 / Cpts.sourcesdelallier@gmail.com

Nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire. Nous vous prions de recevoir, Mesdames, Messieurs, nos sincères salutations.

Dr Marie-Christine Chauchard,
Diabétologue

Dr Patrice Déglise,
Ophtalmologiste

Coordination
Association Diabète Occitanie

Mme Emeline BORN,
Coordonnatrice de la CPTS
Terre des sources-LozèreEst

Mme Faustine MALMAZET,
Orthoptiste opératrice pour ce
programme



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Destinée à accompagner la prescription médicale du « **Dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur avec télétransmission à l'ophtalmologiste lecteur** »
Dépistage réservé aux **patients diabétiques ayant bénéficié d'un fond d'œil il y a plus d'un an et sans rétinopathie connue**

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Type de diabète : Diabète de type 1
 Diabète de type 2
 Autre diabète (secondaire, etc) Précisez :

Ancienneté du diabète : années

Équilibre du diabète dans les derniers mois : Satisfaisant Moyen Insatisfaisant

Date du dernier taux d'HbA1c si disponible : / / **Résultat :** %

Présence d'une HTA : Oui Non

Si oui : Traitée et contrôlée Traitée et non contrôlée Non traitée

Autres antécédents médicaux important à transmettre à l'ophtalmologiste lecteur :
.....
.....

Date :

Cachet et signature du médecin prescripteur :

