

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE CLINIQUE DE DIABÈTE

ANALYSE ET PLAN D'INTERVENTION

Nutritionniste :

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Infirmière :

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Pharmacien :

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Médecin :

Recommandations :

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj