



DEMANDE DE RETINOGRAPHIE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Diabète de type 1 de type 2

Diabète autre (préciser):

Grossesse en cours : oui non

Année de découverte du diabète :

Traitement actuel : insuline
 antidiabétiques oraux
 régime seul

HTA : oui non

Ttt anti HTA : mono - bi - tri - quadrithérapie ou plus

Hémoglobine glyquée (avec date) :

Chirurgie cataracte oui non

Glaucome oui non

La dilatation à la tropicamide si besoin est-elle autorisée ? oui non

Prescription du Docteur :

Adresse :

Tél :

Fax :

TAMPON OBLIGATOIRE