

Prescription médicale pour une prise en soin diététique

(Selon l'AR des diététiciens du 19/02/1997)

Nom et prénom :

Date de naissance :

Prises en soin remboursées avec codes INAMI (nécessitant une prescription obligatoire)

- Trajet de démarrage DT2** (2 séances 30') + Education au diabète (4 séances)
Enregistré par.....le.....
- Trajet de soin** (2 séances 30') : Diabète Insuffisance rénale
Enregistré par.....le.....
- Surpoids / Obésité chez l'enfant et l'adolescent** entre 2 et 17 ans (10 séances)

A joindre : Liste des médicaments pris par le patient, biologie récente, diagnostic précis et/ou des remarques éventuelles

Prises en soin non remboursées et partiellement prises en charge par la plupart des mutuelles

Taille : Poids : IMC..... TA :

- Diabète type 1** **Diabète type 2** (sans trajet de soin) **Diabète gestationnel**
- Surpoids** (adultes IMC >25) **Obésité** (adultes IMC >30) :
.....
- Troubles du comportement alimentaire +23 ans** (anorexie, boulimie, hyperphagie...)
.....
- Maladies cardio-vasculaires** :
.....
- Maladies du système digestif** :
.....
- Maladies du foie** :
.....
- Insuffisance rénale** (sans trajet de soin) **Goutte** **Calculs rénaux**
- Hypersensibilité & allergies alimentaires** :
.....

Etat de malnutrition ou dénutrition :

.....

Alimentation du sportif :

.....

Autre :

.....

Rapport de consultation à envoyer par courrier par email via le RSW

Date et cachet du médecin