

ATTESTATION ANNUELLE DE SUIVI MEDICAL

(D'après les recommandations de la Déclaration de Saint Vincent,
approuvées par l'AFD et publiées par l'ALFEDIAM – Conseil Supérieur du Diabète)

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

Diabétologue* Médecin Généraliste*

(*Rayer la mention inutile)

Coordonnées du Cabinet :

certifie que Mr ou Mme. _____ a fait l'objet, au cours de l'année civile 20__, d'une surveillance médicale spécialisée pour son état diabétique comprenant :

- ✓ L'évaluation de la technique de l'autosurveillance et de l'injection, si traité par l'insuline
- ✓ La surveillance de la pression artérielle
- ✓ La palpation des pouls périphériques
- ✓ Un électrocardiogramme
- ✓ La recherche de la microalbuminurie
- ✓ La recherche de créatinine plasmatique
- ✓ Un examen ophtalmologique précisant l'état de la rétine :
 - fond d'oeil annuel
 - ou examen par rétinographe
 - angiographie si nécessaire
- ✓ Un examen des pieds
- ✓ Un examen neurologique
- ✓ La surveillance périodique des glycémies et de l'hémoglobine glycosilée
- ✓ Un bilan lipidique avec :
 - cholestérol total
 - cholestérol H.D.L.
 - triglycérides
- ✓ Les habitudes alimentaires et le poids.

Attestation, remise en mains propres à l'intéressé(e) **sur sa demande**, pour faire valoir ce que de droit.

DATE :

SIGNATURE:

TAMPON :

NB Cette attestation ne doit pas être accompagnée des résultats de la surveillance annuelle.

Attention : Document à faire remplir et à conserver précieusement. En cas d'arrêt de travail ou de décès, il faudra fournir les 5 dernières attestations à l'assureur pour permettre l'indemnisation, conformément aux clauses du contrat.