



DIAB-eCARE Centre du diabète  
Centre Medicina-Rockefeller  
64 Avenue Rockefeller  
69008 Lyon  
Courriel : [diabecare.contact@chu-lyon.fr](mailto:diabecare.contact@chu-lyon.fr)  
Téléphone : 04.26.73.93.10



## DEMANDE de Prise en charge dans le cadre d'un Diabète Gestationnel

A nous faire parvenir ce courrier par mail à l'adresse suivante

[diabecare.contact@chu-lyon.fr](mailto:diabecare.contact@chu-lyon.fr)

Nom :		<b>MEDECIN DEMANDEUR :</b>
Prénom :		Nom / Prénom :
Date de naissance :		Fonction :
Sexe :	Date de la demande :	Lieu d'activité:
Adresse mail du patient :	.. / .. /20 ..	Téléphone :
Numéro de téléphone :		Mail :
Adresse :		
Maitrise de la langue française : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>Critères qui ont permis le Diagnostic du DG :</b>		
Glycémie à jeun :		
OU		
Résultats HGPO :		
T0 =		
T60 =		
T120 =		
<b>Poids avant grossesse =</b>		
<b>Poids actuel =</b>		
<b>Taille =</b>		
<b>Grossesse gémellaire :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>Terme actuel de la Grossesse :</b>		
<b>Date prévue de l'accouchement :</b>		
<b>Antécédents personnels de diabète gestationnel :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>Si oui, diabète gestationnel ayant nécessité l'introduction d'insuline :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
La patiente possède un <b>SMARTPHONE</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
La patiente a une connexion 4G sur son smartphone : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Date de RDV sur DIAB-eCARE :		