

FICHE DE LIAISON MEDECIN GENERALISTE-DIABETOLOGUE-OPHTALMOLOGUE

Fax Ophtalmologie : 05 55 05 80 42 / Fax Médecine Interne B : 05 55 05 67 94

*Etiquette
Identité patient*

*Etiquette
Adresse patient*

Date de l'examen :

Nom du prescripteur :

Tél :

Tampon médecin

Tél :

Nom du médecin traitant :

.....

Ophtalmologue traitant :

.....

Motif de la consultation :

Examen initial Visite systématique

Mise sous pompe

Grossesse (Terme ?

Date du dernier FO

Diabète :

Type : 1 2 régime

2 ADO 2 ADO et/ou Ins

Mise sous insuline (type 2)

Année de découverte :

Equilibre HbA1c :

Traitement:

.....

.....

Facteurs de risques associés (de rétinopathie diabétique)

HTA (équilibrée oui non) Micro albuminurie Chirurgie récente de cataracte Dyslipidémie Puberté

Insuffisance rénale

COMPTE-RENDU OPHTALMOLOGIQUE

Nature de l'examen : Consultation ophtalmologie Angiographie Rétinographie

Qualité des photographies : Bonne Moyenne Mauvaise

Type de rétinopathie	OD	OG
Absence de rétinopathie diabétique		

Rétinopathie non proliférante	minime		
	modérée		
	sévère (pré proliférante)		

Rétinopathie proliférante	minime		
	modérée		
	sévère		

Maculopathie	Absence de maculopathie		
	Cédème maculaire		

EVOLUTION	STABLE	
	AGGRAVEE	

Commentaires :

.....

.....

AVIS : Contrôle rétinographe dans

Consultation ophtalmologique dans

Angiographie dans

Traitement laser dans

Date :

Nom et signature de l'ophtalmologue

Tampon ophtalmologue