

CERTIFICAT MÉDICAL

Nous confirmons par la présente que

.....
Nom du patient

né(e) le:

domicilié(e) à:.....

est diabétique insulino-dépendant/non insulino-dépendant.

**Pour s'assurer une thérapie appropriée lors d'éventuels déplacements,
le patient doit emporter le matériel suivant:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ampoules d'insuline | <input type="checkbox"/> Bandelettes-glycose urinaires |
| <input type="checkbox"/> Seringues d'insuline | <input type="checkbox"/> Bandelettes-glycose sanguines |
| <input type="checkbox"/> Pompe à insuline avec accessoires | <input type="checkbox"/> Lecteur de glycémie |
| <input type="checkbox"/> Boîte réfrigérée pour insuline | <input type="checkbox"/> Lancettes |
| <input type="checkbox"/> Comprimés | <input type="checkbox"/> Autopiqueur |
| <input type="checkbox"/> Seringues à glucagon | <input type="checkbox"/> Sucre en morceaux |
| <input type="checkbox"/> Coton | <input type="checkbox"/> Aliments diététiques |
| <input type="checkbox"/> Désinfectant | <input type="checkbox"/> Balance |

.....
.....
.....

.....
Date

.....
Signature et cachet du médecin traitant

