

**Programme national d'éducation thérapeutique  
des patients diabétiques de type 2  
dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie**



**Formulaire d'accord médecin traitant  
pour la participation du patient au programme**

Nom du patient : ..... Prénom : .....

Date de naissance :     /     /

Numéro de téléphone :     /     /     /     /

Mon/Ma patient/e est :

- 1- Agé/e de 30-75 ans
- 2- Bénéficiaire du régime général de l'Assurance Maladie
- 3- Diabétique de type 2 (<=2 injections d'insuline par jour)
- 4- N'a pas participé à un programme d'éducation thérapeutique dans les 2 ans qui précèdent

***Je donne mon accord pour la participation de mon patient au programme ETP DT2***

Fait à : .....     Signature du médecin                                     Cachet

Le .....

Merci d'adresser ce formulaire au Centre d'examens de santé à l'adresse mentionnée ci-dessous :

Centre d'examens de santé de la CPAM  
des Côtes d'Armor  
2 rue Notre-Dame CS 74227 - 22042 Saint-Brieuc cedex 2

**02.90.03.31.30**

[etp@cpam-st-brieuc.cnamts.fr](mailto:etp@cpam-st-brieuc.cnamts.fr) ou  
[ces-edu-dt2@medical22.apicrypt.org](mailto:ces-edu-dt2@medical22.apicrypt.org)