

## CONSENTEMENT DU PATIENT À PARTICIPER À DIA-DEP

Je soussigné(e) .....

Atteste avoir reçu les informations concernant les objectifs de cette expérimentation par mon pharmacien.

J'ai compris l'ensemble des informations et j'autorise MON PHARMACIEN à recueillir les données nécessaires et à les transmettre à l'URPS PHARMACIENS GRAND EST afin de procéder à leur étude.

oui

non

J'accepte que mon pharmacien informe mon médecin traitant du résultat de ma glycémie capillaire si celle-ci est détectée anormale\*

oui

non

Médecin traitant du patient :

Nom – Prénom : .....

Coordonnées de transmission : .....

Lieu d'exercice : .....

Dans la négative, je m'engage à informer moi-même mon médecin traitant.

A....., le.....

Signature

\*Glycémie anormale : Si  $\geq 1,10$ g/l si à jeun ou  $\geq 1,40$  g/l si non à jeun  
Glycémie normale : Si  $< 1,10$ g/l si à jeun ou  $< 1,40$  g/l si non à jeun