

PRESCRIPTION DANS LE CADRE D'UN TRAJET DE SOINS
INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Demande de séances de diététique

Je soussigné, médecin traitant de Mr/Mme

.....
sollicite le suivi de diététique prévu pour ce patient dans le cadre
de son Trajet de Soins :

- ☐ 2 séances de 30 minutes pour le stade 3b
(GFR 30-44 mml min/1,73m2)
- ☐ 3 séances de 30 minutes pour le stade 4
(GFR 15-29 mml/min/1,73m2)
- ☐ 4 séances de 30 minutes pour le stade 5
(GFR <15 mml/Min/1,73m2)

Deux prestations peuvent être attestées par année calendrier.
Ces séances sont remboursées de façon préférentielle par la mutuelle.

Cachet

Date:

Signature:

Document à montrer au diététicien.

A joindre à l'attestation de soins pour le remboursement de la mutuelle.