

**Patient :**

**NISS :**

**Date accord :**

**Educatrice :**

**Veillez cocher le nombre de 1/2heures facturées (avec passage de carte d'identité) par date**

**1) Educations au diabète:**

DATE	Séance 1/2h	Séance 1/2h	Séance 1/2h

**❖ *Educations supplémentaires :***

DATE	Séance 1/2h	Séance 1/2h

**2) Educations au diabète :**

DATE	Séance 1/2h	Séance 1/2h

**3) Educations au diabète :**

DATE	Séance 1/2h	Séance 1/2h

**4) Educations au diabète :**

DATE	Séance 1/2h	Séance 1/2h

**5) Educations au diabète :**

DATE	Séance 1/2h	Séance 1/2h