



# À TEMPS: Quand et comment intensifier le traitement antihyperglycémiant du diabète de type 2

## COMITÉ DE CONCEPTION DU PROGRAMME

### Coprésidents

• **Marie-Andrée Corbeil, M.D., FRCP**

Endocrinologue  
Centre intégré de santé et de services  
sociaux de la Montérégie Centre  
Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec

• **Ronald M. Goldenberg, M.D., FRCPC, FACE**

Endocrinologue consultant  
North York General Hospital  
LMC Diabète et endocrinologie  
Toronto, Ontario

### Comité d'élaboration

• **Maureen Clement, M.D., CCMF**

Médecin de famille  
Diabetes Education Centre  
Vernon Jubilee Hospital  
Vernon, Colombie-Britannique

• **Karima Fazal-Karim, M.D., CMFC**

Médecin de famille  
Montréal, Québec

• **Daniel Ngui, M.D., CMFC, CCMF**

Médecin de famille  
Fraser Street Medical  
Vancouver, Colombie-Britannique

## INVITATION

### CONFÉRENCIER(ÈRE) INVITÉ(E)

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Affiliations : \_\_\_\_\_

### Objectifs d'apprentissage

En participant à cet événement, vous serez en mesure :

- > de personnaliser le taux d'HbA<sub>1c</sub> cible à atteindre pour leurs patients atteints de diabète de type 2 ;
- > d'intensifier le traitement antihyperglycémiant en temps opportun et de manière personnalisée ;
- > de trouver des facteurs de motivation pour aider leurs patients diabétiques qui n'ont pas atteint leurs cibles glycémiques à améliorer leur observance du traitement antihyperglycémiant et du changement de leur mode de vie.

### ORDRE DU JOUR

Inscription : \_\_\_\_\_

Début de la présentation : \_\_\_\_\_

Fin de la présentation : \_\_\_\_\_

Repas : \_\_\_\_\_

### ENDROIT

Nom de l'endroit : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville et province : \_\_\_\_\_

### RSVP

Veuillez confirmer votre présence avant le : \_\_\_\_\_

À : \_\_\_\_\_

Au : \_\_\_\_\_

Ou : \_\_\_\_\_



# À Quand et comment intensifier le traitement antihyperglycémiant TEMPS: du diabète de type 2

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

J'assisterai  
à la formation

Je ne pourrai assister  
à la formation

### COORDONNÉES DU PARTICIPANT

Nom : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### RSVP

Veuillez confirmer votre présence avant le : \_\_\_\_\_

Après de : \_\_\_\_\_

Au : \_\_\_\_\_

Ou : \_\_\_\_\_