

Identité du patient

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Sexe : H F

Date de naissance : /..... /..... Téléphone :

Adresse :

Identité des professionnels de santé *(A remplir par le médecin)*

Nom du médecin adresseur :

Endocrinologue traitant :

Ophthalmologue traitant :

Cardiologue traitant :

Néphrologue traitant :

Antécédents (à compléter si possible)

Année de découverte du diabète :	Traitement ophtalmo ou traitement glaucome : - -	Le patient a-t-il des antécédents d'artériopathie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement actuel du diabète : - - - -	- -	Le patient est-il insuffisant rénal ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient a-t-il des antécédents de rétinopathie ou autre pathologie oculaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Intervention de la cataracte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Intervention au laser : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Le patient a-t-il de l'Hypertension artérielle (HTA) ? <input type="checkbox"/> pas d'HTA <input type="checkbox"/> HTA non traitée <input type="checkbox"/> HTA traitée <input type="checkbox"/> cardiopathie	<u>Troubles trophiques</u> Le patient a-t-il des antécédents de plaie du pied ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, cette plaie a-t-elle mis plus d'un mois à cicatriser ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Prescription des examens de dépistage des complications du diabète *(A remplir par le médecin)*

Les examens de dépistage dont les patients n'ont pas pu bénéficier dans les 12 derniers mois sont à privilégier.

Pour quel(s) type(s) de dépistage(s) nous adressez-vous votre patient ? *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

<input type="checkbox"/> Prise de clichés de rétinographie (rétinographie non mydriatique)	<input type="checkbox"/> Mesure semi-quantitative de la microalbuminurie (sur échantillon urinaire)	<input type="checkbox"/> Recherche de neuropathie périphérique (test au monofilament au niveau des pieds)	<input type="checkbox"/> Bilan artériel des membres inférieurs (mesure des Index de Pression Systolique à l'orteil et à la cheville à l'aide d'un doppler)
<input type="checkbox"/> Gradation du risque de plaie du pied (détermination du droit au remboursement des soins podologiques)	<input type="checkbox"/> ECG	Biologie <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Je note que le patient bénéficiera d'un bilan éducatif partagé lors de la journée de dépistage

Date :

Cachet médical avec n° RPPS + Signature :

Programme d'éducation thérapeutique (A remplir par le patient)

Avez-vous déjà bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique ?

oui non

Si oui : quand ?..... par qui ?..... Quels bénéfices ?

Quelles sont vos attentes ?

Est-ce que votre aidant a bénéficié d'une information sur l'éducation thérapeutique ?

Connaissance de votre diabète :

Avez-vous des antécédents familiaux de diabète ?

Ressentez-vous des complications liées à votre diabète ?

Pour le traitement de votre diabète, prenez-vous de l'insuline ? oui non Si oui laquelle ?.....

Placez une croix sur cette échelle pour indiquer le degré de gêne dans votre vie quotidienne :

0 _____ 5 _____ 10
Pas gênante Moyennement gênante Très gênante

Votre mode de vie :

Pratiquez-vous une activité physique ? oui non Si oui laquelle?

Etes-vous attentif à votre alimentation ? oui non

Sur cette échelle, placer une croix pour situer la qualité de votre moral :

0 _____ 5 _____ 10
Très mauvais moral Moral moyen Très bon moral

Cette journée vous est proposée avec l'accompagnant de votre choix :

Oui je serai accompagné(e) Non je ne serai pas accompagné(e)

↳ Identité et lien avec la personne :

Je suis intéressé(e) par les ateliers suivants : (plusieurs choix possibles)

- Connaitre mon diabète Ma glycémie capillaire / Mon insuline
 Bonne répartition des glucides Pied diabétique Activité physique

Contact pour en savoir plus :

Equipe d'Education Thérapeutique « Apprivoiser son diabète pour une vie sereine »
Hôpital Lozère-Site Gévaudan- Chemin Jean Fontugne – 48100 MARVEJOLS
Secrétariat : 04.66.49.52.04

Situation de handicap (*A remplir par le patient ou son entourage s'il est concerné*)

Type de handicap :

- Moteur :
- Psychique :
- Sensoriel :
- Mental :
- Maladie invalidante :
- Difficulté de langage/d'élocution :

Mobilité :

- Déficience motrice : NON OUI :
- Besoin d'une aide au transfert : NON OUI
- Matériels utilisés : NON OUI :

Communication /Compréhension:

- Le consultant parle-t-il ? OUI NON
- Comment s'exprime-t-il ?
- Comprend-il les consignes orales simples ? NON OUI

Autonomie :

Echelle d'évaluation 1 = autonome 2 = présence d'un tiers 3 = aide partielle 4 = aide totale

- Autonomie dans les gestes de vie quotidienne (évaluer 1, 2, 3 ou 4)
- Autonomie dans la prise des traitements (évaluer 1, 2, 3 ou 4)
- Autonomie dans l'alimentation (évaluer 1, 2, 3 ou 4)
- Autonomie dans les gestes d'hygiène/habillage (évaluer 1, 2, 3 ou 4)

Comportement :

- Coopérant, participatif Indifférent Opposant/Agressif/Violent

ADMINISTRATIF

Protection juridique ? NON OUI :

Représentant légal :