

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 :	Ophtalmologue 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 :

Pas gênante 0 _____ 5 _____ 10
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 :

Très mauvais moral 0 _____ 5 _____ 10
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 :