

A QUOI SERT CE DOSSIER PATIENT ?

Ce dossier permet de rassembler des documents concernant votre diabète et son suivi : il facilite l'échange d'informations entre vous et vos professionnels de santé. Pensez à l'apporter à chacune de vos consultations.

Vous trouverez les rubriques suivantes :

MES COORDONNEES ET MES PROFESSIONNELS DE SANTE

Première page

MON SUIVI MEDICAL

1

MES CONSULTATIONS PROPOSEES PAR LE RESEAU

2

PROGRAMMES ET COMPTES RENDUS DES SEANCES D'EDUCATION DE GROUPE

3


AUTRES ELEMENTS EN LIEN AVEC LE DIABETE

Dernière page

Nous restons à votre disposition au 04.79.68.23.71 (sauf le mercredi) pour tout autre renseignement.

L'équipe du Réseau Savédiab

MES COORDONNÉES

Nom : **Prénom** : **Code Patient** :
Date de naissance : **N° de SS** :
Adresse :
Code postal : **Ville** :
 : **Email** : @
Profession :

MES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Médecin Traitant Nom : Adresse : Tél. :	Médecin Endocrinologue (cachet) Nom : Adresse : Tél. :
Médecin Cardiologue Nom : Adresse : Tél. :	Médecin Ophtalmologue (cachet) Nom : Adresse : Tél. :
Infirmier Nom : Adresse : Tél. :	Diététicienne (cachet) Nom : Adresse : Tél. :
Podologue Nom : Adresse : Tél. :	Pharmacien (cachet) Nom : Adresse : Tél. :
Dentiste Nom : Adresse : Tél. :	

CONTACTS RÉSEAU

Réseau Savédiab	Référent Plan Personnalisé de Santé Nom : Adresse : Tél.
------------------------	--

BILAN INITIAL

RECTO/VERSO

DATE :				ANCIENNETE CONNUE DU DIABETE : ans				AGE :		CODE PATIENT :							
REINS								HYGIENE DE VIE									
				TAILLE				cm									
CREATININE				POIDS						TABAC en cours ou arrêté < 3 ans							
mg/l				- A la découverte du diabète ...				kg		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR			
CLAIR CREAT entre 30 et 60 ml mn				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		- Actuel		kg		ALCOOL > 2 verres de vin par j.			
CLAIR CREAT < 30 ml mn				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		Dernière Hb A1C		Date :		%			
MICROALB > 30 mg / 24 h				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		LDL Chol				g/l			
PROTEINURIE ≥ 1 gr / 24 h				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		Trigly				g/l			
DIALYSE				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		HDL Chol				g/l			
GREFFE				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR						PATIENT EDENTE			
YEUX				TRAITEMENT				CARDIO VASCULAIRE									
				NOM HYPOGLYCEMIANTS		POSOLOGIE				TA SYSTOLIQUE		mm Hg					
FOND D'ŒIL < 1 an				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		TA DIASTOLIQUE		mm Hg					
RETINOPATHIE				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		HTA TRAITEE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
TRAITEMENT LASER				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		Syndrome d'apnée du sommeil		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
CECITE DUE AU DIABETE				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		ECG < 1 an		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										HEREDITE ACCIDENT CV PRECOCE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										ATCD INFARCTUS		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										INSUFFISANCE CARDIAQUE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										ARTERITE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										ATCD AVC		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										GESTE DE REVASCLARISATION							
										MYOCARDIQUES		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										MEMBRES INFERIEURS		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
PIEDS				ANTI HTA		<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> NR			
MONOFILAMENT PERTURBE				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		Avec un IEC ou un SARTAN		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
DEFORMATION DES PIEDS				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		STATINE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
ATCD PLAIE > 3 MOIS dans l'année				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		FIBRATE		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
ATCD AMPUTATION				<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR		ANTI AGREGANT		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
GRADE				<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> NR					
										AUTOSURVEILLANCE GLYC		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NR	
										Nb Glycémies/Semaine							

* NR = Non Renseigné

QUELLES ACTIONS AVEZ-VOUS PROPOSEES SUITE A CE BILAN MEDICAL INITIAL ?

NOM Prénom du Patient :

Date et Cachet du Médecin traitant

N° de code Patient :

OBJECTIF

- Hb A1C :
- LDL Cholestérol :
- Tension Artérielle :

RENDEZ-VOUS A PREVOIR

- Endocrinologue
- Ophtalmologue
- Cardiologue
- Néphrologue
- Autre, lequel :

ATTENTION, le réseau ne gère pas ces actions. C'est au patient de prendre rendez-vous !

MODIFICATION DU TRAITEMENT

- Changement de traitement
- Introduction de l'insuline en ambulatoire
- Hospitalisation

SUIVI DANS LE CADRE DU RESEAU SAVEDIAB

Le réseau prendra contact avec le patient pour mettre en place ces actions.

- Suivi diététique
- Reprise ou augmentation de l'Activité Physique
- Sevrage tabagique
- Suivi Infirmier, motif :
- Suivi psychologique
- Bilan Podologique*
- Autre, précisez :

**Pour tout patient de grade 1, le réseau propose un bilan podologique préventif annuel.*

0

BILAN ANNUEL

RECTO/VERSO

DATE :				ANCIENNETE CONNUE DU DIABETE : ans				AGE :		CODE PATIENT :									
								Date Inclusion :											
REINS								HYGIENE DE VIE											
				TAILLE															
						cm													
CREATININE		mg/l		POIDS		kg		TABAC en cours ou arrêté < 3 ans		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR							
CLAIR CREAT entre 30 et 60 ml mn		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	Hb A1C De l'année, de la plus récente à la plus ancienne		Mois :				%		ALCOOL > 2 verres de vin par j.		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR		
CLAIR CREAT < 30 ml mn		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR			Mois :						%		IMC ≥ 30		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR
MICROALB > 30 mg / 24 h		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR			Mois :						%		SEDENTARITE (< 30' par jour)		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR
PROTEINURIE ≥ 1 gr / 24 h		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR			Mois :						%		PRECARITE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR
DIALYSE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	LDL Chol						g/l		BARRIERE LINGUISTIQUE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR		
GREFFE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	Trigly						g/l		ABSENCE DE SUIVI DENTAIRE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR		
				HDL Chol						g/l		PATIENT EDENTE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR			
YEUX				TRAITEMENT				CARDIO VASCULAIRE											
				NOM HYPOGLYCEMIANTS		POSOLOGIE		TA SYSTOLIQUE		mm Hg									
								TA DIASTOLIQUE		mm Hg									
FOND D'ŒIL < 1 an		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR					HTA TRAITEE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR						
RETINOPATHIE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR					Syndrome d'apnée du sommeil		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR						
TRAITEMENT LASER dans l'année		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR					ECG < 1 an		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR						
CECITE DUE AU DIABETE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR															
								HEREDITE ACCIDENT CV PRECOCE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR							
				NOM DES INSULINES		NB INJECTIONS		INFARCTUS dans l'année		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR							
								CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR							
								INSUFFISANCE CARDIAQUE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR							
				ANTI HTA		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> NR	ARTERITE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR				
MONOFILAMENT PERTURBE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	Avec un IEC ou un SARTAN		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	AVC dans l'année		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR					
DEFORMATION DES PIEDS		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	STATINE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	GESTE DE REVASCULARISATION dans l'année									
ATCD PLAIE > 3 MOIS dans l'année		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	FIBRATE		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	MYOCARDIQUES		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR					
ATCD AMPUTATION		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	ANTI AGREGANT		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR	MEMBRES INFERIEURS									
GRADE		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> NR	AUTOSURVEILLANCE GLYC		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NR								
				Nb Glycémies/Semaine															

* NR = Non Renseigné

QUELLES ACTIONS AVEZ-VOUS PROPOSEES SUITE A CE BILAN MEDICAL ANNUEL ?

NOM Prénom du Patient :

Date et Cachet du Médecin traitant

N° de code Patient :

OBJECTIF

- Hb A1C :
- LDL Cholestérol :
- Tension Artérielle :

RENDEZ-VOUS A PREVOIR

- Endocrinologue
- Ophtalmologue
- Cardiologue
- Néphrologue
- Autre, lequel :

ATTENTION, le réseau ne gère pas ces actions. C'est au patient de prendre rendez-vous !

MODIFICATION DU TRAITEMENT

- Changement de traitement
- Introduction de l'insuline en ambulatoire
- Hospitalisation

SUIVI DANS LE CADRE DU RESEAU SAVEDIAB

Le réseau prendra contact avec le patient pour mettre en place ces actions.

- Suivi diététique
- Reprise ou augmentation de l'Activité Physique
- Sevrage tabagique
- Suivi Infirmier, motif :
- Suivi psychologique
- Bilan Podologique*
- Autre, précisez :

**Pour tout patient de grade 1, le réseau propose un bilan podologique préventif annuel.*

BILAN PODOLOGIQUE

NOM DU PODOLOGUE :	Code Patient : 847
Date de consultation :	Date d'inclusion :
Année de découverte du diabète :	Date de naissance : . . .
Médecin Prescripteur :	Dernière HbA1C :

ATCD	Lésion du pied > 3 mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Artérite connue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Amputation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Neuropathie connue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

GRADATION DU RISQUE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Analyse des facteurs de risque			
Hygiène	<input type="checkbox"/> Adaptée	<input type="checkbox"/> Inadaptée	
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	
Activité physique	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Intense
Type de Chaussage	<input type="checkbox"/> Non adapté	<input type="checkbox"/> De ville correct	<input type="checkbox"/> Médical
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Métier à risque podologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Auto examen du pied	<input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Impossible	
Conduites à risques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Examen des pieds	Pied Droit		Pied Gauche	
Pouls pédieux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pouls tibial post	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mono filament	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Mise en situation (leurre)	<input type="checkbox"/> Perçu	<input type="checkbox"/> Non perçu	<input type="checkbox"/> Perçu	<input type="checkbox"/> Non perçu
Déformation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Préciser :				
Hyperkératose (cf. schéma verso)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sécheresse cutanée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etat des ongles				
Ongles à traiter	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Dépistage des zones d'hyperpression

Podoscope	Droit	Gauche
Bilan dynamique	Droit	Gauche

Actions d'éducation prioritaires

--

Proposition de soins

--

