

# BILAN PODOLOGIQUE INITIAL

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| Code Patient :                   | <u>Nom Podologue :</u>  |
| 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 |

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>GRADATION DU RISQUE</b> | <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 |
|                                     | Droit | Gauche |
| Bilan dynamique                     | Droit | Gauche |
|                                     | Droit | Gauche |

## Actions d'éducation prioritaires

## Proposition de soins

# SUIVI PODOLOGIQUE

|                               |                  |                                  |                            |                            |                            |                            |
|-------------------------------|------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Code Patient :</b>         |                  | <b>Date de la consultation :</b> |                            |                            |                            |                            |
| <b>Médecin prescripteur :</b> |                  | <b>Podologue :</b>               |                            |                            |                            |                            |
| <b>Gradation du risque :</b>  | <b>Séance n°</b> | <input type="checkbox"/> 1       | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**Élément nouveau depuis la précédente consultation :**

**Soins effectués :**

**Actions éducatives réalisées :**

**Date de la prochaine séance :**