

## Référence du généraliste à la diététicienne

Date: .....

**De:**

Nom du Médecin : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

GSM : .....

N° INAMI : .....

**Sujet:**

Patient : .....

N° RN : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

GSM: .....

Mutualité: .....

**À:**

Diététicien : .....

Téléphone : .....

GSM : .....

**Équipe de soins:**

Pharmacien : .....

Éducateur en diabétologie : .....

Diététicien : .....

Kinésithérapeute: .....

Podologue : .....

Endocrinologue : .....

Ophthalmologue : .....

Infirmière: .....

Autre: .....

### 1. MOTIF DE RÉFÉRENCE

.....  
.....  
.....

### 2. DONNÉES ADMINISTRATIVES

- Diabète de type 2 depuis : ...../...../.....
- Pré-trajet diabète conclu le : ...../...../.....
- Trajet de Soins du diabète de type 2 conclu le : ...../...../.....
- Le patient, a-t-il reçu des conseils diététiques dans le pré-trajet ?  OUI  NON
- Le patient, a-t-il reçu des conseils diététiques dans le trajet de Soins ?  OUI  NON
- Le patient, a-t-il un trajet de Soins d'insuffisance rénale ?  OUI  NON

### 3. ANTECÉDENTS

.....  
.....  
.....  
.....

### 4. ALLERGIES ET INTOLERANCES

Allergies:

.....  
.....

Intolérances:

.....  
.....

5. EXAMEN CLINIQUE

ANTROPOMÉTRIE:

Poids: ..... kg

Date: ...../...../.....

Taille: ..... M

Date: ...../...../.....

BMI: ..... kg/m<sup>2</sup>

Date: ...../...../.....

Circonférence de l'abdomen: ..... cm

Date: ...../...../.....

TENSION ARTÉRIELLE: ...../.....

Date: ...../...../.....

6. MODE DE VIE (alimentation, alcool, l'exercice physique, tabagisme, ...)

.....  
.....  
.....  
.....

7. MÉDICATION

Médicament	Dose/jour	Temps			
		Le matin	Le midi	Le soir	Avant d'aller dormir

.....  
.....  
.....  
.....

8. LABO (ou copie ci-jointe)

HbA1c: .....	Date: ...../...../.....
Hémoglobine: .....	Date: ...../...../.....
Cholestérol totale: .....	Date: ...../...../.....
Cholestérol LDL: .....	Date: ...../...../.....
Cholestérol HDL: .....	Date: ...../...../.....
Triglycérides: .....	Date: ...../...../.....
Créatinine sérique: .....	Date: ...../...../.....
eGFR (formule MDRD): .....	Date: ...../...../.....
Glycémie à jeun: .....	Date: ...../...../.....

URINE:

Protéinurie: .....	Date: ...../...../.....
Micro albuminurie: .....	Date: ...../...../.....
Albumine/créatinine: .....	Date: ...../...../.....

9. REMARQUES / COMMENTAIRES

.....  
.....

Bien à vous,

Dr. ....

Cachet + signature du généraliste