

Trajet de soins du diabète de type 2
Référence du généraliste à l'ophtalmologue

Date:

De:
Nom du Médecin :
Adresse :
.....
Téléphone :
GSM :
N° INAMI :

À:
Ophtalmologue:
Adresse:
.....
Téléphone:
GSM:

Sujet:
Patient :
N° RN :
Adresse :
.....
Téléphone :
GSM:
Mutualité:

Zorgteam:
Pharmacien :
Éducateur en diabétologie :
Diététicien :
Kinésithérapeute :
Podologue :
Endocrinologue :
Infirmière:
Autre:

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE

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

2. DONNÉES ADMINISTRATIVES

Diabète de type 2 depuis :/...../.....

Trajet de Soins du diabète de type 2 conclu le :/...../.....

Le patient est inclus dans un trajet de Soins d'insuffisance rénale : OUI / NON

Le patient, a-t-il un SumEHR ? OUI / NON

3. ANTECÉDENTS

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

4. ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

Allergies:

.....
.....

Intolérances:

.....
.....

5. EXAMEN CLINIQUE

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 (par exemple conseil concernant le permis de conduire)

.....
.....

Bien à vous,

Dr.

Cachet + signature du généraliste