

Référence du généraliste au podologue

Date:

De:

Nom du Médecin :

Adresse :

.....

Téléphone :

GSM :

N° INAMI :

Sujet:

Patient :

N° RN :

Adresse :

.....

Téléphone :

GSM :

Mutualité :

Au:

Podologue :

Téléphone :

GSM:

Équipe de soins:

Pharmacien :

Éducateur en diabétologie :

Diététicien :

Endocrinologue :

Kinésithérapeute :

Ophtalmologue :

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 podologie dans le pré-trajet ? OUI NON
- Le patient, a-t-il reçu podologie 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. GROUPE À RISQUE

GAUCHE

- Groupe 1
- Groupe 2a
- Groupe 2b
- Groupe 3

DROIT

- Groupe 1
- Groupe 2a
- Groupe 2b
- Groupe 3

6. EXAMEN CLINIQUE

ANTROPOMÉTRIE:

Poids: kg

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

Taille: M

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

BMI: kg/m²

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

Circonférence de l'abdomen: cm

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

TENSION ARTÉRIELLE:/.....

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

7. MODE DE VIE

L'exercice physique :

- Impossible
- Insuffisant
- Suffisant
 - Récréatif
 - Compétition

.....
.....

Tabagisme:

- N'a jamais fumé
- Fumeur: paquet-année
- Ex-fumeur:
 - Arrêté de fumer depuis :/...../.....
 - paquet-année

8. MÉDICATION

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

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

9. REMARQUES / COMMENTAIRES

.....
.....

Bien à vous,

Dr.

Cachet + signature du généraliste
