

Pré-trajet et trajet de soins du diabète de type 2

Référence du généraliste pour l'éducation au diabète

Date:

De:

Nom du Médecin :

Adresse :

Téléphone :

GSM :

N° INAMI :

Sujet:

Patient :

N° RN :

Adresse :

Téléphone :

GSM:

Mutualité:

À:

Discipline :

Téléphone :

GSM :

Équipe de soins:

Pharmacien :

Éducateur en diabétologie :

Diététicien :

Kinésithérapeute :

Podologue :

Endocrinologue :

Ophthalmologue :

Infirmière :

Autre :

Déjà référé au diététicien concernant le pré-trajet
ou le trajet de soins du diabète de type 2 ?

NON OUI

Déjà référé au podologue concernant le pré-trajet
ou le trajet de soins du diabète de type 2 ?

NON OUI

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 ?
 - NON
 - OUI, via un éducateur de diabète dans la 1^{ère} ligne
 - OUI, via le centre de convention en diabétologie
- Le patient, a-t-il un trajet de Soins d'insuffisance rénale ? OUI NON

3. ANTÉCEDENTS

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

4. ALLERGIES ET INTOLERANCES

Allergies:

.....
.....

Intolérances:

.....
.....

5. EXAMEN CLINIQUE

ANTROPOMÉTRIE:

Poids: kg

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

Taille: M

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

BMI: kg/m²

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. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN VOOR EDUCATIE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Complications aiguës | <input type="checkbox"/> Hypo- en hyperglycémie |
| <input type="checkbox"/> Complications chroniques | <input type="checkbox"/> Rétinopathie |
| <input type="checkbox"/> Aspects sociaux | <input type="checkbox"/> Néphropathie |
| | <input type="checkbox"/> Neuropathie |
| | <input type="checkbox"/> Soins des plaies et pied diabétique |
| | <input type="checkbox"/> Problèmes sexuels |
| | <input type="checkbox"/> Voyager |
| | <input type="checkbox"/> Association des patients |
| | <input type="checkbox"/> Permis de conduire |
| | <input type="checkbox"/> Assurance |
| | <input type="checkbox"/> Postuler |
| <input type="checkbox"/> Compréhension du diabète | |
| <input type="checkbox"/> Médication et matérielle | <input type="checkbox"/> L'utilisation et technique d'injection d'insuline |
| <input type="checkbox"/> Autre: | <input type="checkbox"/> L'utilisation et l'interprétation du glucomètre |

10. REMARQUES / COMMENTAIRES

.....
.....

Bien à vous,

Dr.

Cachet + signature du généraliste