

## QUESTIONNAIRE DIABETE

(à remplir par le Diabétologue ou Médecin Traitant)

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Date de naissance :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Diagnostic :** .....  
**Pathologies associées :** .....  
**Date de découverte :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Date de la dernière consultation :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Poids :** .....Kg **Taille :** .....Cm  
**Tension artérielle :** ...../..... **Date :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Traité :**  non  oui

Renseignements	Réponses				
	TAUX	DATES		TAUX	DATES
<b>DOSAGES (les plus récents)</b>					
<b>GLYCEMIE</b> - à jeun - post-prandiale (2h)	..... .....	..... .....		..... .....	..... .....
<b>HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HbA<sup>1C</sup></b>	.....	.....		.....	.....
<b>GLYCOSURIE</b> - avant les repas  - après les repas	..... .....	..... .....		..... .....	..... .....
<b>PROTEINURIE</b> Recherche de micro albuminurie	.....	.....		.....	.....
<b>ACETONURIE</b>	.....	.....		.....	.....
<b>CHOLESTEROL TOTAL</b>	.....	.....		.....	.....
<b>HDL</b>	.....	.....		.....	.....
<b>LDL</b>	.....	.....		.....	.....
<b>TRIGLYCERIDES</b>	.....	.....		.....	.....

Renseignements	Non	Oui	Commentaires	Dates
<b>Au cours des 12 derniers mois glycémie supérieure à 16,7 mmol/l (300 mg/100 ml)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>L'HbA<sup>1c</sup> a t-elle été supérieure à 10%</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Sous surveillance médicale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		depuis ..... .....
<b>Diabète contrôlé</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		depuis ..... .....
<b>Traitement</b> - antidiabétiques oraux - insulinothérapie en cours - autres médicaments	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dose journalière : lesquels ? pourquoi ? ..... .....	depuis ..... depuis ..... depuis .....

