

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 |
| DOSAGES (les plus récents) | | | | | |
| GLYCEMIE - à jeun - post-prandiale (2h) | | | | | |
| HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HbA^{1C} | | | | | |
| GLYCOSURIE - avant les repas - après les repas | | | | | |
| PROTEINURIE Recherche de micro albuminurie | | | | | |
| ACETONURIE | | | | | |
| CHOLESTEROL TOTAL | | | | | |
| HDL | | | | | |
| LDL | | | | | |
| TRIGLYCERIDES | | | | | |

| Renseignements | Non | Oui | Commentaires | Dates |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Au cours des 12 derniers mois glycémie supérieure à 16,7 mmol/l (300 mg/100 ml) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| L'HbA^{1c} a t-elle été supérieure à 10% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Sous surveillance médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | depuis |
| Diabète contrôlé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | depuis |
| Traitement - 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 |

| Renseignements | Non | Oui | Commentaires | Dates |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Auto surveillance glycémique capillaire bien réalisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Régime diabétique suivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ECG* - repos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal* | |
| - effort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal* | |
| Fond d'œil anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | stade : | |
| Existence de : - manifestation de cataracte diabétique - de maladie coronarienne - de maladie cérébrovasculaire - de maladie des artères périphériques - de néphropathie diabétique - de protéinurie inexpliquée - de polyneuropathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui le(s)quelle(s)?..... | |
| Antécédent d'acido-cétose, de coma acido-cétosique ou hyperosmolaire non cétosique récidivant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nombre dernier le | |
| Cas de maladie coronarienne, cérébrovasculaire ou des artères périphériques survenue avant l'âge de 60 ans chez les ascendants ou les collatéraux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère(s) <input type="checkbox"/> soeur(s) | |
| Fumeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> cigarettes nombre/jour..... | |
| En cas de diabète actuellement non insulino-dépendant (type 2), veuillez préciser s'il existe des motifs pouvant rendre nécessaire l'instauration d'une insulinothérapie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? à partir de quand ? | |

* **Important** : La communication du protocole de tout examen anormal, des tracés électrocardiographiques les plus récents.

Fait à le **Signature et cachet du médecin traitant**