

DIABÈTE DE TYPE 2 : RENCONTRE DE SUIVI

Date : _____

INFORMATION PATIENT	PRÉ-RENCONTRE
<p>*** Coller étiquette patient ici ***</p>	<input type="checkbox"/> Vérifier DSQ <input type="checkbox"/> Appel au patient : confirmation de rendez-vous et rappel de documenter prises de glycémies <input type="checkbox"/> Vérifier observance
	MISE À JOUR
	Poids : _____ IMC : _____ Tabac : _____ <input type="checkbox"/> oui : ___ cigarettes/jr <input type="checkbox"/> non Nouvelle allergie : <input type="checkbox"/> oui : _____ <input type="checkbox"/> non Grossesse : <input type="checkbox"/> oui : _____ nb. sem. <input type="checkbox"/> non Allaitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SUIVIS DE BASE			
	Cibles	Résultat obtenu / Justification	Cible atteinte
Glycémies	<input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale (5-10) <input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale (4-7) <input type="checkbox"/> Glycémie 2h PC entre 5-8 si cible HbA1c non atteinte <input type="checkbox"/> Glycémie 2h PC entre 5-10		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> HbA1c 6.0 à 6.5% <input type="checkbox"/> HbA1c 6.6 à 7.0 % <input type="checkbox"/> HbA1c 7.1 à 8.5% <input type="checkbox"/> Autre cible		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Innocuité	<input type="checkbox"/> Aucun problème d'innocuité <input type="checkbox"/> Hypoglycémies <input type="checkbox"/> Déficit en vitamine B12 <input type="checkbox"/> Troubles gastro-intestinaux <input type="checkbox"/> Gain de poids <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adhésion	<input type="checkbox"/> Renouvellements selon dossier informatique <input type="checkbox"/> Adhésion au traitement		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mode de vie	<input type="checkbox"/> Exercice (150 min/semaine) <input type="checkbox"/> Alimentation (modification de la diète (DASH, méditerranéenne, végétarienne) <input type="checkbox"/> Alcool (modification de la consommation)		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> LDL < 2 mmol/L <input type="checkbox"/> Diminution de 50%		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TA	<input type="checkbox"/> < 130/80 <input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

