

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME

“Mieux vivre au quotidien avec une maladie métabolique ou un diabète de type II”

Date :

Motif :

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Médecin traitant :

Adresse :

☎ :

@ :

DONNÉES MÉDICALES

Diabète : Non Oui

Si oui, diabète de type

Diagnostiqué en :

Bilan des complications Néphropathie : Non Oui Inconnu

Rétinopathie : Non Oui Inconnu

Cardiovasculaire : Non Oui Inconnu

Neuropathie : Non Oui Inconnu

Pied(s) diabétique(s) : Non Oui

(Plaies, hyper-appuis)

Patient suivi par un cardiologue : Non Oui Nom :

Patient suivi par un diabétologue : Non Oui Nom :

Le patient a-t-il bénéficié d'un dépistage coronarien ces dernières semaines ? Non Oui

Si oui, merci de joindre une copie des résultats

FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES

Tabac HTA Obésité Anamnèse familiale Dyslipidémie Stress

Sédentarité Situation psychosociale

BILAN EXISTANT AVANT LE PROGRAMME

Taille :cm Poids :kg Date :

HbA1c : % Date :

Cholestérol total :mmol/l HDL :mmol/l Triglycérides :mmol/l Date :

Créatinine :µmol/l Albuminurie/créatininurie :mg/mmol Date :

MOTIF D'INSCRIPTION

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

QUESTIONNAIRE RICCI GAGNON

- Moins de 18 (peu actif) Entre 18 et 35 (actif) Plus de 35 (très actif)

MEDICATION ACTUELLE

MÉDICAMENT	POSOLOGIE

REMARQUES / RECOMMANDATIONS

Limitation à la marche : OUI NON

Si oui, précisez :

Périmètre de marche envisagé : < 1 km > 1 km

Contre-indication au travail de groupe : OUI NON

Si oui, précisez :

- Enseignement souhaité :
- Gestion des traitements
 - Prévention des complications cardiovasculaires
 - Prévention du risque hypo/hyperglycémies
 - Perte de poids

Autre :

Remarques :

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

Timbre médecin envoyeur + signature