

CONSULTATION DE DIABETOLOGIE

Coordonnées du patient

Nom, Prénom : _____ Date de naissance : _____

Rue et localité : _____

Tél. privé : _____ Portable : _____ Pro : _____

Peut être atteint plutôt : Journée Heure des repas Soir

Nationalité : _____ Difficulté de compréhension du français

Date du prochaine rendez-vous à mon cabinet : _____

Date : _____ Contactez-moi par : Téléphone
 Fax

Professionnels sollicités

Infirmière spécialisée Diététicienne Podologue

Bilan/évaluation _____

Enseignement _____

Soins de plaie(s) _____

Médecin diabétologue

Evaluation du traitement

Mise sous insuline

Dépistage annuel et suivi des complications

Suivi trimestriel du diabète

Tampon : _____ Signature : _____

Demande de consultation à faxer au 021/822 43 29

Renseignements médicaux

Diabète type 1 type 2 Gestationnel

Depuis quand ? _____

Autres diagnostics :

Maladies associées /FRCV

HTA Dyslipidémie* Obésité
 Tabac OH Antcd familiaux cardio-vasc.

Complications connues

Rétinopathie Néphropathie Infarctus
 AVC / AIT Neuropathie Insuff. art.
 Pieds à risque Impuissance Antcd hypoglycémies sévères

Traitement

Dernière glycémie le : _____ Valeur : _____

Dernière Hb glyquée le : _____ Valeur : _____

Dernière micro-albuminurie le : _____ Valeur : _____

Dernière créatinine le : _____ Valeur : _____

Atteinte hépatique Oui Non

Et* / ou nous vous remercions de joindre une copie du dernier laboratoire