**PROPOSITION DOSSIER DE SUIVI MEDICAL PATIENT DIABETIQUE**

|  |
| --- |
| **ADMISSION** |
| Dossier N°………………….Date d’ouverture :………………………….Mode d’entrée : Venu de lui-même Référé d’un centre de santé  Référé par un tradipraticien Transféré d’un service de soin Autres (à préciser) ………………………………….. |

|  |
| --- |
| **IDENTITE** |
| Prénom(s) : …………………………………………………………………………………………………Nom : …………………………………………………. Date de naissance …………………………. Age : ……………......................Sexe : M Adresse : ……………………………………………………………………………………………………Téléphone 1 : ……………………………………… Téléphone 2 : ………………………………………Nom de la personne à contacter : ……………………………………………………………………………Lien avec la personne : …………………………………… Téléphone : ………………………………… |

|  |
| --- |
| **DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES** |
| Situation matrimoniale : Célibataire Marié (e) Divorcé (e)  Veuf (ve) Autres  :………………………. Profession : ………………………………………….. Origine géographique : …………………………………………….Ethnie : …………………………………………………………….. Protection sociale : Assuré (e) Non assuré (e) Religion : Musulmane Chrétienne Animisme Boudhisme  Autres (à préciser) :…………………………………….. Niveau socio-économique : faible 🞎 Moyen 🞎 Bon 🞎 Excellent 🞎 Niveau d’étude : Primaire 🞎 Secondaire 🞎 Universitaire 🞎 Non scolarisé 🞎  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTS PERSONNELS** |
| * **Médicaux:**

**Hypertension artérielle** : Oui 🞎 Non 🞎 Si oui Année de découverte …………………… Suivie Oui 🞎 Non 🞎 Si oui traitement : Traditionnel 🞎 Moderne 🞎 Observance : Bonne 🞎 Mauvaise 🞎 Traitement : IC 🞎 IEC 🞎 ARA 2 🞎 B. BLOQUANT 🞎 DIURETIQUE 🞎 Antihypertenseur d’origine centrale 🞎 Vasodilatateur périphérique 🞎DCI :……………………… Nom (s) commercial (aux) du (des) médicament (s) :……………………**Obésité** : Oui 🞎 Non 🞎 **Surpoids :** Oui 🞎 Non 🞎 **Accident vasculaire cérébral** : Oui 🞎 Non 🞎 **Dyslipidémie** : Oui 🞎 Non 🞎 **Vaccin antitétanique** \_Moins de 10 ans 🞎 Plus de 10ans 🞎 **Vaccin anti COVID à jour**  Oui 🞎 Non 🞎 **Hospitalisation** : Oui 🞎 Non 🞎 Nombre ………… Date : ………………. Durée : ……….. jours Motif d’hospitalisation :………………………………………………………………………….**Prise de médicaments au long cours** Oui 🞎 Non 🞎Si oui type de médicament …………………………. Date de début ……………………..**Autres antécédents (à préciser)……………………………………………..*** **Chirurgicaux :**

Oui 🞎 Non 🞎 Si Oui LE(s)quel(s) : ……………………………….. Date : ………………………* **Gynéco-obstétricaux :**

Nombre d’enfants vivants : ………. Décédés : ………….. Macrosomie fœtale : Oui 🞎 Non 🞎 Si oui Poids de naissance du plus gros enfant :……………gDiabète gestationnelle : Oui 🞎 Non 🞎Complications obstétricales : …………………………………………………………………………………Contraception : Oui 🞎 Non 🞎 Si Oui Laquelle : …………………………………………………..  |
| **ANTECEDENTS FAMILIAUX** |
| Notion de diabète familiale : Oui 🞎 Non 🞎  Si oui, Ascendants : Père 🞎 Mère 🞎 Grands parents 🞎 Oncles 🞎 Tantes 🞎 Collatéraux : Frères 🞎 Sœurs 🞎 Cousins 🞎 Cousines 🞎 Descendants : Enfants 🞎 Petits-enfants 🞎 Notion d’hypertension familiale : Oui 🞎 Non 🞎  Si oui, Ascendants : Père 🞎 Mère 🞎 Grands parents 🞎 Oncles 🞎 Tantes 🞎 Collatéraux : Frères 🞎 Sœurs 🞎 Cousins 🞎 Cousines 🞎 Descendants : Enfants 🞎 Petits-enfants 🞎 Autres maladies cardiovasculaires (à préciser)  Si oui, Ascendants : Père 🞎 Mère 🞎 Grands parents 🞎 Oncles 🞎 Tantes 🞎 Collatéraux : Frères 🞎 Sœurs 🞎 Cousins 🞎 Cousines 🞎 Descendants : Enfants 🞎 Petits-enfants 🞎  |

|  |
| --- |
| **MODE DE VIE** |
| **Tabac** : Oui 🞎 Non 🞎 Si Oui Nombre de paquets année …………….. Age de début ……… ans Sevré : oui 🞎 Non 🞎  Nombre d’années de sevrage ………. Tabagisme passif 🞎 **Alcool** : Oui 🞎 Non 🞎 Si oui Type ……………………. **(**quantification) Nombre de verres par jour……………………….**Activité physique régulière** : Oui 🞎 Non 🞎 Si Oui Marche Jogging Football Autres (à préciser)……………………….**Nombre de repas principaux par jour :** Un 🞎 Deux 🞎 Trois 🞎 Plus 🞎 **Aliments habituellement consommés** et leurs fréquences journalière et hebdomadaire ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Marche pieds nus** : Oui 🞎 Non. 🞎 P**ort de Chaussettes** : Oui 🞎 Non 🞎 si Oui Coton Nylon **Soins de Pédicures Traumatisants** : Oui 🞎 Non 🞎  |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE DU DIABETE** |
| **Date de découverte du diabète** : ………………………………………………………………………..**Circonstances de découverte** * + Dépistage systématique 🞎
	+ Dépistage dirigé :
* Signes cardinaux : polyurie 🞎polydipsie 🞎polyphagie 🞎Amaigrissement🞎
* Complications aigues : Coma 🞎Infection urogénitale  🞎 AVC  🞎 Autre🞎
* Complications chroniques : Rétinopathie  Pied diabétique IRC  Neuropathie 

 Dysfonction érectile  Autre Facteurs de risque : HTA 🞎 Cardiopathie  🞎 Obésité  🞎 Autre **Moyens de dépistage :**Glycémie à jeun > 1,26 g/l à 2 reprises Glycémie casuelle > 2g/l + signes cardinaux  Bandelette urinaire 🞎 Résultat : HGPO 🞎 Résultat : HbA1c 🞎 Résultat :**Type de diabète retenu initialement**Type 1A 🞎 Type 1B 🞎 Type 2 🞎 Secondaire 🞎 Gestationnel 🞎**Durée d’évolution du diabète** : ………………………………….**Date de début du suivi dans la structure** : ………………………… |

|  |
| --- |
| **DIAGNOSTIC DU TYPE DE DIABETE** |
| * Type 1 idiopathique 🞎 Secondaire à une pancréatopathie 🞎
* Type 1 auto-immun 🞎 MODY et autres diabètes génetiques 🞎
* Type 1 lent (lada) 🞎 Autre diabète secondaire 🞎
* Type 2 🞎 Diabète gestationnel 🞎
* Période du diagnostic……………………………….... (Année)
* Présence de complications à la découverte (………………………………)
* Présence d’auto-anticorps (………………………………)
* Présence de complications à la découverte (………………………………)
 |

|  |
| --- |
| **TRAITEMENT ACTUEL DU DIABETE** |
| * Activité physique : Oui Non
* Type d’activité : Marche Course Natation Gymnastique

 Natation Autres  : (…………………………) * Respect des prescriptions diététiques : Oui Non
* Traitement non insulinique : Oui Non
* Biguanides   :
* Sulfamides hypoglycémiants  :
* Glinides  :
* Incrétines  :
* SGLT2  :
* Autres  :
* Traitement insulinique : Oui Non
* Type : Rapide Lente Premix
* Schéma : Bed Time Basal plus Basal Bolus

Ø Activité physique : Oui 􀀀 (……………………………) Non 􀀀Ø Respect des prescriptions diététiques : Oui 􀀀 Non 􀀀Ø Traitement non insulinique : Oui 􀀀 Non 􀀀o Biguanides : 􀀀o Sulfamides hypoglycémiant : 􀀀o Glinides : 􀀀o Incrétines : 􀀀o SGLT2 : 􀀀o Autres 􀀀 (………………………)Ø Traitement insulinique : Oui 􀀀 Non 􀀀o Type : Rapide 􀀀 Lente 􀀀 Premix 􀀀o Schéma : Bed Time 􀀀 Basal plus 􀀀 Basal Bolus 􀀀 |

|  |
| --- |
| **EXAMEN GENERAL** |
| * Examen général :

Température : Pouls : TA : BD = BG = Poids = Taille = IMC = Glycémie capillaire = Diurèse = Bandelette urinaire : Etat général : Bon Mauvais Pâleur cutanéomuqueuse : Oui NonIctère : Oui Non Mélanodermie : Oui Non Cyanose : Oui Non Hippocratisme digital : Oui Non Déshydratation : Oui NonŒdème : Oui Non  |

|  |
| --- |
| **EXAMEN DES APPAREILS ET SYSTEMES** |
| * Examen cardio-vasculaire :
* Bruits du cœur : Normaux Bradycardie Tachycardie Arythmie Autres bruits (…………………………..)
* Signes d’insuffisance cardiaque gauche :
* Signes d’insuffisance cardiaques droite : OMI TVJ RHJ

 Foie cardiaque * Examen physique vasculaire périphérique :
* Examen artériel des membres supérieurs :
* Examen de l’aorte abdominal :
* Examen artériel des membres inférieurs :
* Examen veineux des membres inférieurs :
* Examen physique respiratoire :
* Inspection :
* Palpation :
* Auscultation :
* Percussion :
* Examen physique de l’abdomen :
* Inspection :
* Palpation :
* Percussion :
* Recherche de signes d’hypertension portale : Ascite CVC

 Splénomégalie * Examen de la marge anale : Bourrelets hémorroïdaires Fissures

 Fistules Ecoulement anormal  Autres (……………………………..)* Toucher rectal :
* Examen gynécologique :
* Examen des organes génitaux externes :
* Examen des organes génitaux internes :
* Examen des seins :
* Examen uro-génital chez l’homme :
* Examen des fosses lombaires :
* Examen du pénis :
* Examen du scrotum :
* Examen des orifices herniaires :
* Examen de la prostate : Normal Hypertrophie homogène

 Hypertrophie hétérogène  * Examen des articulations périphériques :
* Examen des épaules :
* Examen des coudes :
* Examen des mains et des poignets :
* Examen des hanches :
* Examen des genoux :
* Examen des chevilles et des pieds :
* Examen du rachis :
* Examen du rachis cervical :
* Examen du rachis dorsal :
* Examen du rachis lombo-sacré :
* Examen neurologique :
* Station debout :
* Marche :
* Tonus musculaire : Normal Amyotrophie
* Force musculaire : Normale Diminuée Abolie
* Coordination motrice :
* Reflexes ostéo-tendineux :
* Réflexes à point de départ cutané :
* Examen de la sensibilité cutanée : Hyperesthésie Hypoesthésie

 Anesthésie Paresthésie * Examen des paires crâniennes :
* Examen de la vigilance :
* Examen spléno-ganglionnaire :
* Rate : Normale Splénomégalie
* Aires ganglionnaires : Libres Adénopathies
* Examen cutané :
* Examen de la peau :
* Examens des ongles et des cheveux :
* Lésions cutanées élémentaire :
* Examen de la cavité buccale et du pharynx :
* Inspection :
* Palpation :
* Examens dentaire :
* Examen exo-buccal :
* Examen auriculaire :
* Inspection de l’oreille :
* Examen otoscopique :
* Examen de l’audition :
* Examen occulaire :
* Inspection des globes occulaires et des annexes :
* Mesure de l’acuité visuelle :
* Champ visuel :
* Examen de la glande thyroïde : Normal 🞎 Atrophie 🞎 Goitre 🞎 Nodule 🞎
 |

|  |
| --- |
|  **EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE** |
| **Facteurs de risque non modifiables****• Age** -Homme ≥ 50 ans : Oui. 🞎 Non 🞎 -Femme ≥ 60 ans : Oui 🞎 Non 🞎 **• Antécédents familiaux** -Infarctus du myocarde (IDM) ou mort subite : < 55 ans chez le père ou un parent du 1er degré de sexe masculin:… Oui 🞎 Non 🞎  < 65 ans chez la mère ou un parent du 1er degré de sexe féminin: Oui 🞎 Non 🞎 -AVC précoce, < 45 ans : Oui 🞎 Non. 🞎 **Facteurs de risque modifiables****• Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3** ans :………..Oui…………..Non**• Diabète traité ou non traité Glycémie supérieure à 1,26 g/l** (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises : ……..Oui**• Hypertension artérielle permanente traitée ou non traitée** :………..Oui…………..NonCritères :* MAPA ou règle des 3 mesures à domicile
* PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg, mesurées au cabinet médical :

(- confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, le chiffre de PA retenu étant la moyenne des mesures effectuées, - au cours de 3 consultations successives, - sur une période de 3 à 6 mois.)NB : En cas de PA ≥ 180/110 mmHg, il est recommandé de confirmer l’HTA par 2 mesures par consultation, au cours de 2 consultations rapprochées**• Dyslipidémie** :………..Oui…………..NonLDL cholestérol ≥ 1,60 g/l (4,1 mmol/l) et/ou HDL cholestérol ≤ 0,40 g/l (1 mmol/l) - Exploration d’une anomalie lipidique (EAL), réalisée après 12 heures de jeûne. - A réaliser tous les 5 ans, sauf changement des habitudes alimentaires, intervention médicamenteuse spécifique, augmentation de poids ou événement cardiovasculaire. NB : Facteur protecteur HDL cholestérol ≥ 0,60 g/l (1,6 mmol/l)**•Localisations athéromateuses infracliniques** :……Oui………Non– artériopathie des membres inférieurs – ischémie myocardique silencieuse**• Néphropathie :……**Oui………Non-Microalbuminurie de 30 - 300mg/24 h-Insuffisance rénale définie par un débit de filtration glomérulaire < 60 ml/min (Cockcroft-Gault) ou une protéinurie > 500 mg/j (ou par une albuminurie > 300 mg/24h chez le patient diabétique)**• Obésité abdominale ou obésité** :………..Oui…………..NonObésité abdominale : périmètre abdominal > 102 cm chez l’homme et > 88 cm chez la femme Obésité : IMC > 30 kg/m2 La mesure du périmètre abdominal est effectuée au moyen d’un mètre-ruban positionné à mi-chemin entre la dernière côte et le sommet des crêtes iliaques.**• Sédentarité** :………..Oui…………..NonAbsence d’activité physique régulière L’activité physique régulière équivaut à 30 minutes de marche, 3 fois par semaine**• Consommation excessive d’alcool** :………..Oui…………..Non-Homme > 3 verres de vin/jour-Femme > 2 verres de vin/jour |

|  |
| --- |
| **EVALUATION DU RISQUE PODOLOGIQUE** |
| * Marche pieds nus : Oui 🞎 Non 🞎
* Chaussures fermées : Oui 🞎 Non 🞎

Chaussures adaptées : Oui 🞎 Non 🞎* Port de chaussettes : Oui 🞎 Non 🞎

Coton 🞎 nylon 🞎* Soins de pédicurie traumatisants : Oui 🞎 Non 🞎
* Brulures : Oui 🞎 Non 🞎
* Intertrigo inter orteil : Oui 🞎 Non 🞎
* Déformations : Oui 🞎 Non 🞎
* Kératose : Oui 🞎 Non 🞎
* Limitation de la mobilité articulaire : Oui 🞎 Non 🞎

1e métatarso-phalangienne : Oui 🞎 Non 🞎 Tibio--tarsienne : Oui 🞎 Non 🞎Ecartement volontaire des orteils : possible 🞎 impossible 🞎* Présence de lésion : Oui 🞎 Non 🞎
* Mode de survenue de la lésion : spontanée 🞎 traumatique 🞎
* 1er geste fait devant la plaie :

 Automédication 🞎 soins traditionnels 🞎 consultation 🞎 négligence 🞎* Délai de consultation : ……………………………………………………………
* Antécédents d’ulcérations : Oui 🞎 Non 🞎

Spontanée 🞎 provoquée 🞎* Antécédents d’amputation : Oui 🞎 Non 🞎

Type : ………………………………………………………………………………………………….* Hospitalisation antérieure pour même tableau : Oui 🞎 Non 🞎
* Traitement antérieur reçu : médical 🞎 chirurgical 🞎

Trouble de la marche : Oui 🞎 Non 🞎 |

|  |
| --- |
| **RECHERCHE DE COMPLICATIONS MACROANGIOPATHIQUES** |
| Ø **Sténose carotidienne et atteinte cérébro- vasculaire :**• Antécédents d’AVC Oui 􀀀 Non 􀀀• Souffles carotidiens Oui 􀀀 Non 􀀀• Echographie des troncs supraaortiques :Ø **Coronaropathie :**• Angor d’effort Oui 􀀀 Non 􀀀• ECG :• Epreuves d’efforts :• Echocardiographie doppler transthoracique :Ø **Artériopathie oblitérante des membres inférieurs**• Pouls : Pédieux présent 􀀀 absent 􀀀Tibial postérieur présent 􀀀 absent 􀀀• Claudication intermittente Oui 􀀀 Non 􀀀• IPS : Normal 􀀀 AOMI 􀀀 Médiacalcose 􀀀• Pression partielle transcutanée en oxygène :• Echographie doppler artériel des MI :• AngioTDM des MI : |

|  |
| --- |
| **RECHERCHE DE COMPLICATIONS MICROANGIOPATHIQUES** |
| Ø **Rétinopathie** : Oui 􀀀 Non 􀀀• Baisse de l’acuité visuelle : Oui 􀀀 Non 􀀀• Fond d’oeil : Oui 􀀀 Non 􀀀Normal Oui 􀀀 Non 􀀀 (Stade : )Ø **Néphropathie :** Oui 􀀀 Non 􀀀• Microalbuminurie/Pu 24h :• Urée :• Créatininémie : DFG :• Stade :Ø **Neuropathie :**• Périphérique :o Score DN4 :o Test au monofilament : positif 􀀀 négatif 􀀀o Epreuve au diapason : normal 􀀀 perturbé 􀀀 non fait 􀀀o Sensibilité thermoalgique : conservée 􀀀 abolie 􀀀 non fait 􀀀• Végétativeo Neuropathie autonome digestive :§ Parésie oesophagienne Oui 􀀀 Non 􀀀§ Gastroparésie Oui 􀀀 Non 􀀀§ Entéropathie diabétique Oui 􀀀 Non 􀀀o Neuropathie autonome génito- urinaire :§ Dysfonction érectile Oui 􀀀 Non 􀀀§ Parèsie vésicale Oui 􀀀 Non 􀀀o Neuropathie autonome cardiovasculaire§ Hypotension orthostatique Oui 􀀀 Non 􀀀o Neuropathie autonome cardiaque oui nono Troubles de la sudation§ Anhydrose Oui 􀀀 Non 􀀀§ Hyperhydrose Oui 􀀀 Non 􀀀 |

|  |
| --- |
| **RECHERCHE DE COMPLICATIONS INFECTIEUSES** |
| Ø **Infection** : Oui 􀀀 Non 􀀀Ø **Si oui site de l’infection :** (préciser le type d’infection)• Pulmonaire 􀀀 (……………………………………………………)• Génito-urinaire 􀀀 (……………………………………………………)• Cutané 􀀀 (……………………………………………………)• Ostéo-articulaire 􀀀 (……………………………………………………)• Septicémie 􀀀 (……………………………………………………)• Main diabétique infecté 􀀀 (……………………………………………………)Ø **Paraclinique** :**NFS :** Hb…………g/dl VGM…………..Ø fl TCMH……………….pg/lGB……………/mm3 PNN…………/mm3 Lymp…………../mm3Plq……………../mm3Ø **VS :** H1……….mm ; **CRP**…………mg/l ; **fibrinémie**…..…..g/lØ **Prélèvement bactériologique et antibiogramme :**Ø **Traitement :** |

|  |
| --- |
| **RECHERCHE DE COMPLICATIONS PODOLOGIQUES et PEC** |
| Ø **Type de lésion** : Abcès 􀀀 DHBNN 􀀀 Fasciite nécrosante 􀀀Gangrène 􀀀 infectieuse 􀀀 artérielle 􀀀 mixte 􀀀 gazeuse 􀀀Phlegmon 􀀀 pied de Charcot aigu 􀀀Ø **Paraclinique** :• **NFS :**Hb…………g/dl VGM…………..Ø fl TCMH……………….pg/lGB……………/mm3 PNN…………/mm3 Lymp…………../mm3Plq……………../mm3• **Bilan inflammatoire : VS :** H1……….mm ; **CRP**…………mg/l ;Ø **Fibrinémie**…..…..g/l• **Prélèvement bactériologique et antibiogramme :**• ***Bilan vasculaire et nerveux : cf retentissement***Ø **Classification de la lésion selon l’université de Texas :** (……………………..)**Traitement**Ø **Décharge :**Alitement 􀀀 Cannes 􀀀 Béquilles ou déambulateurs 􀀀Chaussures thérapeutiques 􀀀 Bottes à contact total 􀀀Bottes fenêtrées en résine 􀀀 Bottes amovibles 􀀀Appareillage complet 􀀀Ø **Médical**• **Local :**o Détersion de la plaie :Débridement chirurgical 􀀀 Détersion mécanique 􀀀Détersion auto-lytique 􀀀 Détersion chimique 􀀀Détersion enzymatique 􀀀 Détersion bio-zoologique 􀀀o Nettoyage de la plaie :Sérum physiologique 􀀀 Antiseptiques 􀀀Autres 􀀀o Recouvrement de la plaie :§ Pansements :Films semi-perméables 􀀀 Alginates 􀀀 Hydrocolloides 􀀀Hydrofibres 􀀀 Hydrogels 􀀀 Hydro-cellulaires 􀀀§ Substituts cutanés : acellulaires 􀀀 cellulaires 􀀀§ Facteurs de croissance§ Matrice anti-protéases• **Général** :o Antibiothérapie 􀀀 : (………………………………………………………………..)o SAT 􀀀o HBPM 􀀀o Traitement hypoglycémiant 􀀀 : (……………………………………………..)Ø **Chirurgical** :Mise à plat d’abcès 􀀀 débridement 􀀀Chirurgie de résection d’ostéite 􀀀Amputation 􀀀 Niveau d’amputation (………………………………………..)Revascularisation 􀀀 : Pontage artériel 􀀀 Angioplastie 􀀀Ø **Appareillage** : Oui 􀀀 Non 􀀀Type : (………………………………………………………………..)**Evolution**Ø Stabilisation 􀀀Ø Cicatrisation 􀀀Ø Complications 􀀀o Métaboliques aigues 􀀀o Anémie 􀀀o Nécrose 􀀀o Extension de la lésion 􀀀o Septicémie 􀀀o Autres 􀀀 : (……………………….………………………………..)Ø Durée d’hospitalisation : |

|  |
| --- |
| **TRAITEMENT** |
| * **Activité physique** : Oui 🞎 (Fréquence et durée : ……………………………) Non 🞎
* **Respect des prescriptions diététiques** : Oui 🞎 Non 🞎
* **Traitement non insulinique** : Oui 🞎 Non 🞎

Biguanides 🞎 Sulfamides hypoglycémiants 🞎 Glinides 🞎Incrétines 🞎 SGLT2 🞎Autres (………………………………………………………………………………)* **Traitement insulinique** : Oui 🞎 Non 🞎
	+ Type : Rapide 🞎 Lente 🞎 Prémix 🞎

Schéma: Bedtime 🞎 Basal plus 🞎 Basal Bolus 🞎AUTRES TRAITEMENTS* Antihypertenseur (……………………………………………………….)
* Hypolipémiant (………………………………………………………)
* Antiagrégant plaquettaire (……………………………………………...)
* Antibiotique (…………………………………………………………)
* Autres (………………………………………………………………..)
 |

|  |
| --- |
| **EVALUATION DU TRAITEMENT** |
| * Observance : Bonne 🞎 Mauvaise 🞎
* Tolérance :

Bien toléré : Oui 🞎 Non 🞎 (précisez……………………………………………………..)Objectif glycémique atteint dans les 3 à 6 mois : Oui 🞎 Non 🞎 (Donnez une alternative : …………………………………………………………………………………………………….) |

|  |
| --- |
| **SUIVI ET EVOLUTION** |
| Date 1 (………………………………….)1. Examens paracliniques réalisés :

Hémogramme :……………………………………………………..Urémie :……………. Créatininemie :……………… Uricémie :…………Glycémie :…………..Cholestérol Total :……….. Triglycérides :………………. HDLc :……………… LDLc :……………..Ionogramme sanguin : Na+=………. K+=……….. Cl-=……………Examen cytobactériologique des urines :……………………………….Protéinurie des 24 heures (Microalbuminurie) :……………………….Bandelettes urinaires :………………………………………………………….Hémoglobine Glyquée :……………….Autres (à préciser) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….1. Eléments de l’examen clinique :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………1. Conduite tenue :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Date 2 (………………………………….)……Date 3 (……………………………….....) |

|  |
| --- |
| **PARAMÈTRES D’ÉVALUATION DE L’ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE** |
| **Date**  | **Glycémie à jeun (GAJ)** | **Glycémie Post-Prandiale (GPP)** | **HbA1C Trimestrielle**  | **Observation**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |
| **SURVEILLANCE EVOLUTION DES COMPLICATIONS** |
| * **Macro-angiopathie**
	+ Sténose carotidienne et atteinte cérébro- vasculaire :
		- Antécédents d’AVC : Oui 🞎 Non 🞎
		- Souffles carotidiens : Oui 🞎 Non 🞎
		- Echographie des troncs supra aortiques : …………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..* + Coronaropathie
		- Angor d’effort Oui : Oui 🞎 Non 🞎
		- ECG : …………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..* + - Epreuves d’efforts : ………………………………………………………………………….
		- Echocardiographie doppler transthoracique : ………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………..* + Artériopathie oblitérante des membres inférieurs :
		- Claudication intermittente : Oui 🞎 Non 🞎
		- Pouls :
			* Pédieux :

Droit : présent 🞎 absent 🞎Gauche : présent 🞎 absent 🞎* + - * Tibial postérieur :

Droit : présent 🞎 absent 🞎Gauche : présent 🞎 absent 🞎* + - IPS : Normal 🞎 AOMI 🞎 Médiacalcose 🞎

Pied droit : ………………. Pied gauche : ……………….* + - Pression partielle transcutanée en oxygène : …………………………………………………
		- Echographie doppler artériel des MI : ……………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..* + - Angio TDM des MI : …………………………………………………………………………
 |