**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 :……………g  Diabète 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 Non  Ictère : Oui Non  Mélanodermie : Oui Non  Cyanose : Oui Non  Hippocratisme digital : Oui Non  Déshydratation : Oui Non  Œdème : 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…………..Non  Critères :   * 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…………..Non  LDL 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…………..Non  Obésité 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…………..Non  Absence 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 􀀀  • Végétative  o 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 non  o 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/l  GB……………/mm3 PNN…………/mm3 Lymp…………../mm3  Plq……………../mm3  Ø **VS :** H1……….mm ; **CRP**…………mg/l ; **fibrinémie**…..…..g/l  Ø **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/l  GB……………/mm3 PNN…………/mm3 Lymp…………../mm3  Plq……………../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 : ………………………………………………………………………… | | | | | | |