

# Questionnaire 1F Diabète

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

## Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

Dosages (les plus récents)	TAUX	DATE (actuelle)	TAUX	DATES (antérieurs)
Glycémie à jeun		/ /		/ /
Hémoglobine glycosylée hba1c		/ /		/ /
Glycosurie seulement occasionnelle		/ /		/ /
Acétonurie		/ /		/ /
Micro albuminurie		/ /		/ /
Protéinurie		/ /		/ /

NON OUI

Commentaires

### Traitement :

Antidiabétiques oraux	Depuis le : / /
Insulinothérapie en cours	Depuis le : / /
Insulinothérapie envisagée	Quand :
Autres médicaments	Lesquels ? : Pourquoi ? : Lesquels ? : Pourquoi ? : Lesquels ? : Pourquoi ? :

### Evolution :

Au cours des 6 derniers mois glycémie supérieure à 15,4 mmol/l (279 mg/100 ml)	À plusieurs reprises Lors d'une maladie aiguë intercurrente
Hypoglycémie	Seulement occasionnelle      Episodes fréquents
Diabète contrôlé	Depuis le : / /
Sous surveillance médicale	Depuis le : / /
Antécédent d'acido-cétose, de coma acido-cétosique ou hyperosmolaire non cétosique	Nombre : Dernier le :

