

À remplir par le médecin traitant

Prénom et nom		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Numéro de référence : numéro de dossier, de police, de contrat ou de demande	
Adresse actuelle					
Taille		Poids actuel		Poids il y a 2 ans	
Date du diagnostic de diabète		Nom du médecin qui a posé le diagnostic			
Adresse du médecin					
Date à laquelle vous avez commencé à traiter le patient (aaaa-mm-jj)			Dates des 2 dernières consultations (aaaa-mm-jj)		
Type et doses d'insuline					
Maintenant :		Il y a 1 an :		Il y a 2 ans :	
Y a-t-il eu réaction à l'insuline?					
☐ Oui ☐ Non Si oui , expliquez :					
Quel hypoglycémiant oral est utilisé?			Quel en est le dosage?		
Y a-t-il eu réaction grave?					
☐ Oui ☐ Non Si oui , expliquez :					
Mesures de la tension artérielle					
Mesure la plus élevée	Date	Mesure actuelle	Date	Traitement actuel	
Dates et résultats du test suivant :		Mesure la plus élevée	Date	Mesure actuelle	Date
Glycémie					
HbA1c					
Niveau de microalbumine dans l'urine					
Le patient vérifie-t-il sa glycémie lui-même?				Quels sont les niveaux à la maison?	
☐ Oui ☐ Non Si oui , expliquez :					
Le patient a-t-il un historique de :					
protéinurie/microalbuminurie?		☐ Oui ☐ Non	maladie du rein?		☐ Oui ☐ Non
maladie vasculaire périphérique?		☐ Oui ☐ Non	rétinopathie proliférante?		☐ Oui ☐ Non
toute autre maladie grave?		☐ Oui ☐ Non	alcoolisme?		☐ Oui ☐ Non
			maladie du cœur?		☐ Oui ☐ Non
Si oui , veuillez préciser la ou les conditions et fournir des détails au verso.					

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature du médecin traitant

Nom en lettres moulées

Signature du témoin

À remplir par médecin traitant

Le patient a-t-il déjà subi un électrocardiogramme?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez en fournir des copies.

Date :

Détails du rapport du médecin

Autres commentaires

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature du médecin traitant

Nom en lettres moulées

X

Signature du témoin