

JE SURVEILLE MON DIABETE (ANNEE)

1 Fois par : 1an ; 2ans

FOND d'ŒIL fait le _____ par _____

Normal : oui non

Rétinopathie diabétique : non proliférante proliférante
stable évolutive
Laser : ancien à prévoir

Glaucome : oui non Cataracte : oui non

Maculopathie diabétique : oui non

1 fois par an

DENTISTE Oui Non

1 Fois par an

RISQUE RENAL

Microalbuminurie le _____ Valeur _____

Créatinine le _____ Valeur _____

Néphropathie : oui non

1 Fois par an

RISQUE PODOLOGIQUE

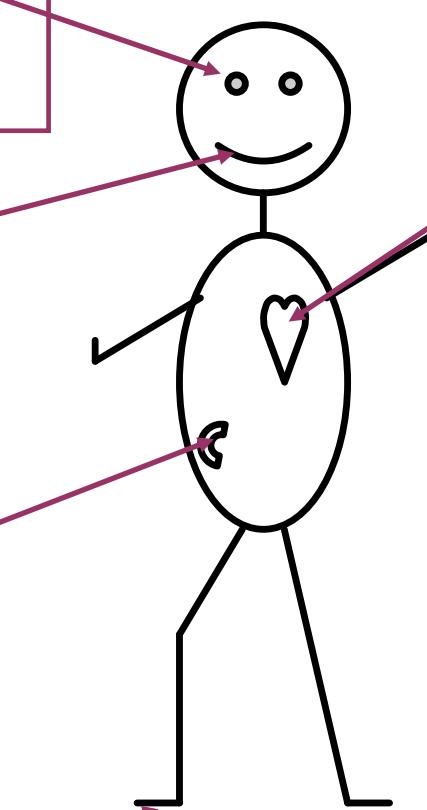
Gradation : le _____ Par : _____

Evaluation du risque : 0 1 2 3

Neuropathie Artérite Déformation des pieds

Mycose unguéale Mycose cutanée Hyperkératose

Commentaires :



TABAC Oui Non

1 Fois par an

RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Bilan lipidique : le _____

Triglycérides : _____ HDL : _____

LDL : _____ Objectif : _____

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

ECG annuel le _____ par _____

Echocardiogramme le _____ par _____

Test d'effort le _____ par _____

Doppler Mbre Inf le _____ par _____

Doppler TSA le _____ par _____

Coronarogramme le _____ par _____

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tous les 3 mois

	Date	Valeur
HbA1c		%
Objectif :		
		%
		%
		%
Tension Artérielle		
Objectif :		
Poids		
Tour de Taille		