

JE SURVEILLE MON DIABETE (ANNEE)

1 Fois par : 1an ; 2an

FOND d'OEIL fait par : Dr _____ le _____

Normal : oui non

Rétinopathie diabétique : non proliférante proliférante
stable évolutive

Laser : ancien à prévoir

Glaucome : oui non

Cataracte : oui non

Maculopathie diabétique : oui non

TABAC Oui Non

1 Fois par an

RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Bilan lipidique : le _____ ;

Triglycérides : Valeur _____ ; HDL : Valeur _____

LDL : Valeur _____ ; (Objectif : _____)

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE : Dr

ECG: Oui Non

Echocordio : Oui Non

Test d'effort : Oui Non Doppler Mbre Inf : Oui Non

Coronaro: Oui Non Doppler TSA : Oui Non

Conclusions :

Pas d'anomalie cardiaque

Anomalies coronariennes : anciennes récentes

Anomalies artérielles : anciennes récentes

Insuffisance cardiaque : ancienne récente

Hypertension artérielle : contrôlée mal contrôlée

1 Fois par an

RISQUE RENAL

Microalbuminurie le _____ ; Valeur _____

Créatinine le _____ ; Valeur _____

Néphropathie : oui non

1 Fois par an

RISQUE PODOLOGIQUE

Gradation : le _____ Artérite : oui non

Neuropathie : oui non

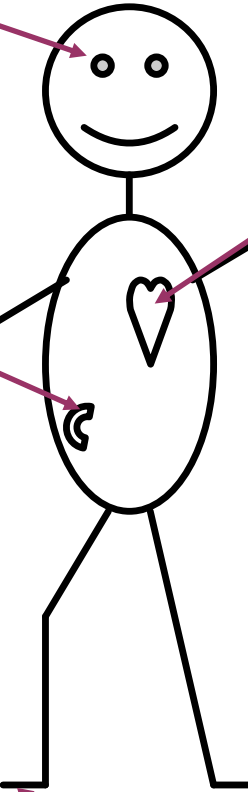
Grade	Consultations Pédicure par :
0 <input type="checkbox"/>	Dates des consultations + Commentaires :
1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>

(Prise en charge à 100 % depuis Juillet 2008)

Abs de lésion lésion récente soins en cours

Cs Pieds CH LAVAL oui non

Dates des consultations + Commentaires :
.....
.....
.....
.....



1 fois par an

DENTISTE Oui Non

Tous les 3 mois

HbA1c le _____ ; Valeur _____ %

Objectif : () le _____ ; Valeur _____ %

le _____ ; Valeur _____ %

le _____ ; Valeur _____ %

Tension Artérielle le _____ ; Valeur _____

Objectif : () le _____ ; Valeur _____

le _____ ; Valeur _____

le _____ ; Valeur _____

Poids le _____ ; Valeur _____

Objectif : () le _____ ; Valeur _____

le _____ ; Valeur _____

le _____ ; Valeur _____

Tour de Taille le _____ ; Valeur _____

Objectif : () le _____ ; Valeur _____