QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE

DIABETE

à remplir par le médecin traitant

Nom : Prénom : Date de naissance :

1) Date du diagnostic :

2) Type de traitement :

- Insuline (si oui indiquer les doses journalières) :
- Antidiabétique oral (si oui indiquer la posologie) :
- Régime alimentaire (si oui indiquer le nombre de calories/jour) :
- Autres traitements :

3) Modalités de surveillance :

- Auto surveillance (si oui préciser si dosages de glycémies au laboratoire, dosages semi-quantitatifs par bandelettes ou dosages par lecteur optique) :

- Surveillance médicale (si oui préciser si médecin de famille, spécialiste de diabétologie, centre hospitalier ou hôpital de jour de diabétologie) :

4) Résultats thérapeutiques :

- Contrôle correct :
- Episodes hypoglycémiques (si oui préciser si occasionnels ou fréquents) :
- Episodes hyperglycémiques (si oui préciser si occasionnels ou fréquents) :
- Episodes d'acidocétose (si oui préciser si occasionnels ou fréquents) :
- Hospitalisations en urgence (si oui préciser les dates et motifs) :

5) Dosages récents :

- **Hémoglobine glycosylée (HbA1c) : date : taux :**
  date : taux :
- Microalbuminurie : date : taux :
- Cholestérol LDL : date : taux :
- Autres dosages biologiques du sang (γ GT, transaminases, créatinine, ...)

6) Poids : Taille :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE (SUITE)

DIABETE

7) Pathologies associées (si oui préciser les types de manifestation et leurs dates) * :

- HTA :
- Maladie des artères périphériques :
- Maladie coronarienne :
- Maladie cérébro-vasculaire :
- Rétinopathie diabétique :
- Neuropathie diabétique :
- Neuropathie invalidante :
- Néphropathie diabétique :

8) Consommation tabagique :

- Nombre de cigarettes/jour :

9) Traitement anti-hypertenseur :

- Type de traitement :
- TA avant traitement :

10) Autres affections présentées jusqu'à ce jour (nature, dates, traitements) :

□ oui □ non

*** En cas de pathologie associée, joindre le double des comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation et des examens complémentaires récents disponibles (ECG, FO, etc.)**

Fait à : le :

Cachet et signature du médecin

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)
et remis en main propre, pour usage conforme à la loi.