

Questionnaire - Diabète

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Diagnostic

Date de diagnostic Date de la dernière consultation

Taille cm Poids kg

Tension (sys/dia) / mmHg traitée Date

Dosages (les plus récents)	Taux 1	Date 1	Taux 2	Date 2	Taux 3	Date 3
Glycémie - à jeun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 2h postprandiale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hémoglobine glycosylée HbA1c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fructosamine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glycosurie - à jeun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 2h postprandiale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protéinurie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Microalbuminurie (unités de mesure)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acétonurie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Non	Oui	Informations complémentaires	Dates
Au cours des 6 derniers mois glycémie ou HbA1c supérieure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sous surveillance médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>
Diabète contrôlé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>
Traitement			Médicament	Posologie
Antidiabétiques oraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> depuis <input type="text"/>
Insulinothérapie en cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> depuis <input type="text"/>
Autre, z.B. Diät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> depuis <input type="text"/>
Autres médicaments		Indication	<input type="text"/>	
ECG				
- repos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> anormal <input type="text"/>
- effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> anormal <input type="text"/>

	Non	Oui	Informations complémentaires		Dates
Complications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Rétinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maladie coronaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maladie cérébrovasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maladie des artères périphériques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Néphropathie diabétique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Protéinurie inexpliquée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Neuropathie diabétique autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Neuropathie diabétique périphérique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	invalidante		
Antécédent d'acido-cétose (coma) ou hyperosmolaire non cétosique récidivant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nombre		dernier le
Cas de maladie coronaire, cérébrovasculaire ou des artères périphériques survenue avant l'âge de 60 ans chez les ascendants ou les collatéraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> père	<input type="checkbox"/> mère	
			<input type="checkbox"/> frère(s) et sœur(s)		
Hospitalisation du au diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi?		
			Quand?		
Fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cigarettes	nombre/jour	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pipes/autres	nombre/jour	
Ancien-fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis quand?		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cigarettes	nombre/jour	
Hyperlipidémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Cholestérol total		g/l
			<input type="checkbox"/> Fraction HDL-C		g/l
			<input type="checkbox"/> Triglycérides		g/l
			Traitement	depuis	
Syndrome X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Consommation quotidienne de boissons alcoolisées (en ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> vin		<input type="checkbox"/> bière
			<input type="checkbox"/> apéritif		<input type="checkbox"/> alcool
Y a-t-il à votre connaissance d'autres maladies ou troubles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Remarques

non oui

Remarques

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél.

Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.