

**Dans le cadre du Plan Personnalisé de Santé,  
quelles prestations du réseau proposeriez-vous  
cette année pour aider ce patient ?**

**Bénéficiaire d'un bilan de situation personnalisé :**  
Bilan de situation réalisé en face à face pour définir avec votre patient son programme d'éducation thérapeutique le plus adapté.

**Participer à :**

- un atelier de groupe sur la diététique (plusieurs thèmes)
- un atelier cuisine
- un atelier 'Poids et diabète : les bonnes décisions'
- un atelier sur la connaissance du diabète et de son traitement
- un atelier sur le parcours de soins et de surveillance
- un atelier sur l'auto-surveillance glycémique
- un atelier 'N'ayons plus peur de l'insuline'
- un atelier sur les soins des pieds
- un programme de reprise d'une activité physique adaptée

**Accéder à une consultation individuelle avec :**

- un diététicien
- un éducateur médico-sportif
- autre

Commentaires :

Date :

## Questionnaire PPS - Médecin

Cachet médecin

Votre patient : Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel. Fixe : ..... Tél. Portable : .....

Date de naissance : ..../..../.....

Année de découverte du diabète : .....

Poids : \_\_\_\_\_ kg / Taille : \_\_\_\_\_ m / IMC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Antécédents médicaux, autres pathologies :

A-t-il (elle) été hospitalisé(e) au cours de l'année précédente ?

pour son diabète pendant plus de 5 jours

pour une maladie cardiaque ou vasculaire

Ce questionnaire est à envoyer par courrier à l'adresse postale du réseau :

**Réseau REVESDIAB, 4 rue Octave du Mesnil 94000 Créteil**

## Quels sont les risques prioritaires de votre patient?

Risque glycémique : HbA1c les plus récentes	Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> HbA1c : <input type="text"/> % <input type="text"/> Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> HbA1c : <input type="text"/> % <input type="text"/>
Risque cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique connue <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Artérite <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Angioplastie coronaire ou des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Tabagisme actuel ou stoppé < 3 ans <input type="checkbox"/> Ne fume pas <input type="checkbox"/> Héritéité d'accident CV précoce PAS/PAD : <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg LDL cholestérol : <input type="text"/> g/l ou <input type="text"/> mmol/l Triglycérides : <input type="text"/> g/l ou <input type="text"/> mmol/l HDL cholestérol : <input type="text"/> g/l ou <input type="text"/> mmol/l
Risque de lésion des pieds	<input type="checkbox"/> Grade 0 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 3
Risque visuel	FO depuis un an / 2 ans <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rétinopathie traitée par laser <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Œdème maculaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Risque rénal	<input type="checkbox"/> Microalbuminurie/créatininurie : <input type="text"/> mg/mmol <input type="checkbox"/> Microalbuminurie : <input type="text"/> mg/l ou <input type="text"/> mg /24h <input type="checkbox"/> Créatininémie : <input type="text"/> mg/l <input type="checkbox"/> Clairance : <input type="text"/> ml/mn <input type="checkbox"/> Cockroft <input type="checkbox"/> DFG : <input type="text"/> ml/mn/1,73m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> MDRD <input type="checkbox"/> CKD-EPI
Barrière sociale ou culturelle ou liée à l'isolement <input type="checkbox"/>	

## Quels sont ses traitements actuels ?

*Vous pouvez joindre une photocopie de la dernière ordonnance*

---



---



---



---

## Ce patient éprouve t-il des difficultés d'observance ?

- pour prendre ses traitements médicamenteux  
 pour suivre les mesures hygiéno-diététiques

## Pratique t-il :

- une auto mesure glycémique :  Oui     Non  
 une auto mesure tensionnelle     Oui     Non

## A-t-il consulté au cours de l'année précédente ?

- un diabétologue     un cardiologue  
 un podologue     un dentiste

## Commission PPS :

Le réseau organise des commissions avec des médecins spécialistes référents (diabétologues, cardiologues, néphrologues) en fonction de vos demandes. Quelle(s) question(s) souhaitez-vous soumettre à l'une de ces commissions ?