

TELE-EXPERTISE – FICHE MEDICALE

Vous sollicitez une télé-expertise en diabétologie au CHRU de BREST. Merci de compléter ce document, puis de le transmettre au service requis par mail sécurisé

Date de la demande* :

LE PATIENT

Nom d'usage*		Prénom*	
Né(e) le*		Sexe*	

Question(s) posée(s) *	
ANTECEDENTS SIGNIFICATIFS*	<p><u>Année diagnostic diabète (ou durée) :</u></p> <p>Insuffisance cardiaque : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui stade :</p> <p>Insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui stade :</p> <p>Insuffisance hépatique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui stade :</p> <p><u>Complications liées au diabète :</u></p> <p>rétinopathie diabétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui stade :</p> <p>autres complications :</p> <p>contexte gériatrique de fragilité :</p>

<p>Traitement habituel* (en cas de corticoïdes, précisez si la dose est stable ou si elle est amenée à changer) ou joindre la dernière ordonnance</p>			
<p>Si insuline, protocole d'adaptation des doses d'insuline*</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le joindre à la demande		
<p>Date et résultat dernière HbA1c*</p>		<p>Objectifs glycémiques, si connus</p>	
<p>Autonomie du patient dans la gestion de son diabète ?</p>	<p>Fait-il ses glycémies ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Fait-il ses injections ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Sait-il adapter ses doses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Passage IDE* ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, et combien de fois/j : Fait-il attention à son alimentation ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Niveau activité physique ? <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Sédentaire</p>		
<p>Référent médical*, si différent du demandeur (Nom, prénom et n° de téléphone)</p>		<p>Référent infirmier* (Nom, prénom et n° de téléphone)</p>	