

Date de la demande\* :

**LE DEMANDEUR (REQUERANT)**

<b>Nom, prénom du médecin demandeur*</b>		<b>Mail sécurisé</b>	
<b>Téléphone</b>		<b>Etablissement Service</b>	
<b>Nom, prénom du médecin traitant, si différent du médecin requérant (avec précision de la ville)</b>			

**LE PATIENT a-t-il été informé de la demande de télé-expertise?** OUI  NON

<b>Nom d'usage*</b>		<b>Nom de naissance</b>	
<b>Prénom*</b>		<b>Né(e) le*</b>	<b>Sexe*</b>
<b>N° sécurité sociale</b>		<b>Adresse</b>	

Question(s) posée(s) *	
<b>ANTECEDENTS SIGNIFICATIFS*</b>	<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>

Traitement habituel* (en cas de corticoïdes, précisez si la dose est stable ou si elle est amenée à changer) ou joindre la dernière ordonnance																					
Si insuline(s), protocole d'adaptation*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le joindre à la demande																				
Date et résultat dernière HbA1c*		Objectifs glycémiques, si connus																			
Autonomie du patient dans la gestion de son diabète ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Fait-il ses glycémies ?</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Non</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> Oui</td> </tr> <tr> <td>Fait-il ses injections ?</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> </tr> <tr> <td>Sait-il adapter ses doses ?</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> </tr> <tr> <td>Passage IDE* ?</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui, et combien de fois/j :</td> </tr> <tr> <td>Fait-il attention à son alimentation ?</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> </tr> <tr> <td>Niveau activité physique ?</td> <td><input type="checkbox"/> Actif</td> <td><input type="checkbox"/> Sédentaire</td> </tr> </table>			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
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																			

**Référent médical\***, si différent du demandeur (Nom, prénom et n° de téléphone) :

**Référent infirmier\*** (Nom, prénom et n° de téléphone) :