Document de liaison pour confier l'éducation de vos patients diabétiques de type 2

(prise en charge par diététicien et/ou par infirmier éducateur)

Nb : vous pouvez y annexer le rapport de votre consultation

Nom/Prénom :…….

Diabétique depuis :……..

Traitement du diabète + autres traitements importants

-
-
-

HbA1c (%) :……le ……..……Valeur souhaitée :…….

Autres problèmes de santé associés :

O HTA Autres :……

O Hypercholestérolémie

O IR

Votre demande principale :

O conseils diététiques

O compréhension du diabète

O accès matériel pour mesure glycémie

Objectif valeur avant repas :……

Objectif valeur 2h00 après repas :……..

Mise sous injection : (indication pour titration) :

Nom (insuline ou incrétine) :……..

En 1 ou 2 injections :……..

Dose de départ :……..unités

Moment de l'injection : si matin…….(heure)

si soir …….. (heure)

Rythme de titration : à augmenter de (ex : 2 u) …….U

tous les (ex 3 jours)…….. jours

Pour arriver à une glycémie entre ……et……..mg/dl

O à jeun ou/et O souper

Modèles de soins :

Modèles de prescriptions sur le site www.maisondudiabete.be Documents utiles/médecins

Date
Cachet
Signature du médecin

Remarques :