

Bilan Éducatif Partagé

Diabète

Que faites-vous dans la vie ?

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° SS :

Profession :

Vie familiale :

Le :

Adressé par :

Téléphone :

I. Généralités

Savez-vous pourquoi on vous a adressé à MAREDIA?

Quelles sont vos attentes en venant à MAREDIA?

Est-ce que vous voulez bien me parlez de votre de votre santé ?

Année de découverte :

Circonstance de découverte :

Comment avez-vous réagi?

Et votre entourage?

II. État d'esprit du patient

Avez-vous d'autres problèmes de santé, personnels (boulot, argent) ou familiaux qui influent sur votre santé, et dont vous voudriez nous parler ?

Est-ce que cette maladie vous inquiète? Pourquoi?

Comment pensez-vous que cette maladie va évoluer?

Qu'est-ce qui vous procure le plus de plaisir dans la vie?

Avez-vous des projets ?

Qu'est-que la santé pour vous ?

Entre, 0 et 10, quelle note donneriez-vous à votre état de santé actuel?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

Entre 0 et 10, quelle note donneriez-vous à votre moral, actuellement?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

(Cf. Fiche anxiété/dépression)

III. Le diabète, qu'est-ce que c'est?

Diabétologue :

Médecin traitant :

Savez-vous en quoi consiste le diabète?

Savez-vous à quoi est dû le diabète?

Quelles sont, selon vous, les choses les plus importantes à faire pour prendre en charge votre maladie?

Parvenez-vous à les faire?

IV. Mon ordonnance

TTT :

Pouvez-vous m'expliquer à quoi servent vos médicaments ?

Cela vous intéresse t-il de le savoir?

Avez-vous l'impression que le traitement est utile?

Vous arrive t-il de ne pas le prendre?

OUI

NON

Pour quelle raison : oubli

lassitude

effets secondaires

Que faites-vous en cas d'oubli?

Et quand vous sautez un repas?

V. L'insuline, doit-on en avoir peur?

Insuline (depuis quand) :

OUI

NON

Si oui, vécu du passage à l'insuline

Sinon, en ont-ils peur?

La ou lesquelles prenez-vous?

IDE à domicile?

OUI

NON

Comment les rangez-vous?

Quand changez-vous vos aiguilles?

Site d'injection?

Adaptez-vous vos doses d'injection?

Dans quelles circonstances?

Si non, pourquoi?

VI. Lecteurs glycémiques

Lecteur glycémique :

Fréquence :

Post-prandiale :

Carnet de surveillance :

Connaissez-vous la glycémie normale?

À jeun :

pp

Vous a-t-on donné un objectif glycémique?

Récupérateur de déchet :

VII. Hypoglycémies

Faites-vous des hypoglycémies

OUI

NON

Savez-vous ce qu'est une hypoglycémie?

OUI

NON

En faites-vous? Si oui, dans quelles circonstances?

OUI

NON

Avez-vous du sucre sur vous?

OUI

NON

VIII. Suivi diététique

Poids :

Taille :

IMC :

Pabd :

Historique :

(Évolution, régimes, grossesse, poids mini/maxi)

Diététicienne :

Si oui, objectif ?

Repas (et boissons) de la veille : Quand, où, qui, comment?

Qu'en pensez-vous?

Savez-vous quelle est l'incidence de votre poids sur votre diabète?

Pensez-vous que l'alimentation est importante dans le traitement de votre diabète?

IX. Suivi médical / complications

Connaissez-vous votre HbA1C ? OUI NON
Savez-vous ce qu'est l'HbA1C? OUI NON
Fréquence des bilans sanguins

	Le	Le	Le	Le
HbA1C				
HDL				
LDL				
TG				
Créatinine				
Microalbuminurie				

Bilan cardiovasculaire

Cardiologue :

Chiffres tensionnels :

Traitement :

Quels examens :

- ECG
- Épreuve d'effort
- Doppler

Tabac : OUI NON
Si non, avez-vous déjà fumé? OUI NON

Envisagez-vous d'arrêter? OUI NON
Pourquoi?

Activité physique :

La(es)quelle(s) :

Fréquence :

Pensez-vous utile de changer quelque chose à vos activités physiques ?

Pourquoi?

Bilan podologique :

Un professionnel de santé a-t-il déjà regardé vos pieds?

Comment prenez-vous soin de vos pieds ?

État actuel :

Antécédents :

Bilan ophtalmo :

Ophtalmologue :

Fréquence :

Fond d'œil :

OUI

NON

Rétinopathie :

OUI

NON

Autre pathologie :

X. ETP

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la prise en charge de votre maladie?

De qui pensez-vous recevoir de l'aide dans cette prise en charge?

Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez savoir ou apprendre à faire pour mieux prendre en charge votre santé ou votre maladie?

Quelles sont vos façons préférées d'apprendre?

- En discutant avec quelqu'un
- En lisant le journal, des brochures ou des livres
- En regardant des schémas, des photos ou des images
- En cherchant, en tâtonnant, en essayant par vous-même
- En regardant la télé, ou en écoutant la radio
- Sur internet

Que seriez-vous prêt à faire de plus pour améliorer votre santé?

Aujourd'hui

Sur le long terme

Avis du soignant :

Objectif partagé :