

**2. Fiche d'Informations**

<b>N° identifiant du patient :</b>			
<b>Données Médicales</b>			
Provenance des données médicales	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Patient	
Année du diagnostic du diabète de type 2	_ _ _ _		
Antécédents de 1 <sup>er</sup> degré du diabète de type 2	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Antécédents de diabète gestationnel	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
<b>Traitement(s) actuel(s) pour le diabète de type 2</b>			
<input type="checkbox"/>	_____		
<input type="checkbox"/>	_____		
<input type="checkbox"/>	_____		
<input type="checkbox"/>	_____		
<input type="checkbox"/>	_____		
<b>Facteurs de risques et complications</b>			
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Hypertension artérielle (HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance coronaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropathie périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Néphropathie diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation (orteil, pied ou jambe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) pathologie(s) :		

<b>Données de l'Examen médical</b>			
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Jour	Mois	Année
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Profession :			

Occupe un emploi  OUI  NON

Vit en couple  OUI  NON

**Niveau d'études**

Ne sait pas lire ou écrire le français

Sans diplôme ou CEP

CAP, BEP, BEPC, Brevet des Collèges, Certificat de fin d'apprentissage

Bac général, professionnel, technique, brevet de technicien

Diplôme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire, DUT, BTS

Diplôme de 2<sup>ème</sup> cycle universitaire : licence, maîtrise, école ingénieur ...

Le patient est-il :  non fumeur  fumeur  ancien fumeur (> 1 an)

**Tension artérielle**

**Systolique**

**Diastolique**

|\_|\_|\_| mmHg

|\_|\_|\_| mmHg

**Poids**

|\_|\_|\_| , |\_|\_| kg

Taille

|\_|\_|\_| cm

**Indice de masse corporelle 1**

|\_|\_|\_| , |\_|\_| kg

Tour de taille (périmètre abdominal) |\_|\_|\_| , |\_|\_| cm

**Hémoglobine glyqués (HbA1c)**

|\_|\_|\_| , |\_|\_| %

**Données biologiques**

Unité de mesure

mmol/l

g/l

Glycémie à jeun

    |    |    |    ,    |    |    |

Cholestérol total

    |    |    |    ,    |    |    |

HDL

    |    |    |    ,    |    |    |

Triglycérides

    |    |    |    ,    |    |    |

Cholestérol LDL

    |    |    |    ,    |    |    |