

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION Programme DT1 INSULINOTHÉRAPIE

Nom :
Prénom :
Date:

Depuis la formation à l'insulinothérapie fonctionnelle :

1. Appliquez-vous cette méthode ?

→
Pas du tout
partiellement
oui, au quotidien

2. Concernant les hypoglycémies

- Les hypoglycémies sont-elles :

→
Moins fréquentes
inchangées
Plus fréquentes

- Que prenez-vous en cas d'hypoglycémie ?
- Recherchez-vous la cause de l'hypoglycémie ?
- Avez-vous toujours de quoi vous re sucrer dans la poche ? Oui Non

3. Concernant les hyperglycémies

- Les hyperglycémies sont-elles :

→
Moins fréquentes
inchangées
Plus fréquentes

- Connaissez-vous votre sensibilité à l'insuline ? Oui Non
1 UI d'insuline rapide fait baisser ma glycémie de g/L
- Que faites-vous en cas d'hyperglycémie ?
- Recherchez-vous la cause ? Oui Non

4. Concernant l'activité physique

- Comment adaptez-vous les doses d'insuline en cas d'activité physique ?
- Faites-vous plus de contrôles de glycémie ? Oui Non
- A quel moment ?
- Comment adaptez-vous votre alimentation en cas d'activité physique?

5. Concernant l'insuline basale

- Avez-vous réalisé l'épreuve de jeûne glucidique ? Oui Non
- Que vous a-t-elle apporté ?
-
-
-
-
- Quelles sont vos conclusions ?
- Avez-vous modifié votre dose d'insuline basale ? Oui Non

6. Concernant l'insuline prandiale

- Avez-vous ajusté vos doses d'insuline à la quantité de glucides ? Oui Non
- Connaissez-vous la quantité d'insuline rapide aux différents repas pour 10g de glucides ?
 - Matin : UI d'insuline rapide pour 10 g de glucides
 - Midi : UI d'insuline rapide pour 10 g de glucides
 - Soir : UI d'insuline rapide pour 10 g de glucides
- Soignez-vous votre glycémie au moment du repas ? Oui Non

7. Concernant l'alimentation

- Estimez-vous vos portions ? Oui Non
Comment ?
- Calculez-vous la quantité de glucides de l'alimentation ? Oui Non
- Avez-vous introduit de nouveaux aliments ? Oui Non
Lesquels ?
Conclusion :

8. Concernant la qualité de vie

L'insulinothérapie fonctionnelle vous a-t-elle apporté plus de confort :

- Dans votre vie professionnelle ? Oui Non
- Dans votre vie familiale ? Oui Non
- Dans vos loisirs (sports...) ? Oui Non

Cette formation vous a-t-elle rendue :

—————→
Moins anxieux Plus anxieux

9. Concernant le poids

- Avez-vous constaté une modification de votre poids ? Oui Non
- Prise de poids Oui Non
 - Stabilité du poids Oui Non
 - Perte de poids Oui Non

10. A votre avis

Points forts de la formation

-
-
-
-

Points faibles de la formation

-
-
-
-

11. Remarques