

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ I
 Aaaa-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 Aaaa-MM
 Nom de la mère : _____

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE USAGER DIABÉTIQUE

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE

Téléphone de l'utilisateur : _____ Motif de l'appel : _____

Médication actuelle : _____

(OC-6020 en vigueur : ☐ Oui ☐ Non) _____

Nom de la pharmacie : _____ Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Date aaaa/mm/jj	Déjeuner		Dîner		Souper		Coucher	
	Glycémie (mmol/L)	Insuline (unités)	Glycémie (mmol/L)	Insuline (unités)	Glycémie (mmol/L)	Insuline (unités)	Glycémie (mmol/L)	Insuline (unités)
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			
	AC		AC		AC			
	PC		PC		PC			

* AC= avant le repas; PC=2 heures après le début du repas

Épisodes d'hypoglycémie :

☐ Oui ☐ Non Symptômes ressentis : _____

Traitement / Action / Changements effectués par l'utilisateur : _____

Cause : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

Changements habitudes de vie (repas, oubli de manger, restaurant, activité physique, événement significatif, etc.) :

☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____

Changements récents de la médication :

☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____

Validation technique de glycémie capillaire / technique d'injection de l'insuline :

État des pieds selon usager :

Autres symptômes ressentis :

Autres informations pertinentes :

INTERVENTIONS DE L'INFIRMIÈRE

Ajustement de la médication :

☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____

Notes complémentaires :

Prochain rendez-vous ou évaluation téléphonique : Date : ____aaaa/mm/jj____

Médecin avisé par : ☐ Téléphone ☐ Télécopieur Date : ____aaaa/mm/jj____

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____

Pharmacien avisé par : ☐ Téléphone ☐ Télécopieur Date : ____aaaa/mm/jj____

RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____

Pharmacien avisé par : ☐ Téléphone ☐ Télécopieur Date : ____aaaa/mm/jj____