

Installation : _____

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

ÉVALUATION INFIRMIÈRE INITIALE USAGER DIABÉTIQUE

Âge de l'usager : _____ ans Motif de référence : _____
Professionnel référent : ☐ Médecin : _____ ☐ Infirmière : _____
Médecin de famille : _____ Clinique : _____
Assurances : ☐ RAMQ ☐ Privées : _____ Pharmacie : _____
Allergies / intolérances : _____
Occupation / scolarité : _____

HISTOIRE MÉDICALE, COMORBIDITÉS ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

☐ Pré-diabète ☐ Diabète de novo ☐ Diabète type 1 ☐ Diabète type 2 Depuis quand ? : _____
Symptômes : _____
Médicaments (voir liste médicaments DSQ) : ☐ Antihyperglycémiant oraux ☐ Insuline ☐ Protection vasculaire
☐ Produits sans ordonnance : _____
Effets secondaires / observance / connaissance des médicaments : _____
☐ Derniers résultats de laboratoire : HbA_{1c} : _____ % Date : _____/_____/_____/ Glycémie à jeun : _____ mmol/L Date : _____/_____/_____
☐ HTA ☐ Dyslipidémie ☐ Insuffisance cardiaque / MCAS ☐ Dernier ECG au repos : _____/_____/_____
☐ Néphropathie ☐ Neuropathie ☐ Rétinopathie : _____/_____/_____/ ☐ Insuffisance hépatique
☐ Santé mentale : _____
☐ Chirurgies antérieures : _____
☐ Autre : _____
Vaccination reçue : ☐ Influenza : _____/_____/_____/ ☐ Pneumocoque : _____/_____/_____/ ☐ Hépatite B : _____/_____/_____/ ☐ Zona : _____/_____/_____/

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX

☐ Diabète : _____ ☐ Maladie cardio-vasculaire : _____
☐ Maladie auto-immune : _____ ☐ Autre : _____

HABITUDES DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE

☐ Tabac : Type _____ Qté/Fréquence _____ ☐ Alcool : Type _____ Qté/Fréquence _____
☐ Drogues : Type _____ Qté/Fréquence _____
Activité physique : _____
Durée : ☐ Moins 15 min/jour ☐ 15-30 min/jour ☐ Plus de 30 min/jour Nombre jour/semaine : _____
Intensité : ☐ Faible ☐ Modérée ☐ Intense
Appétit : _____ Nombre de repas / jour : _____ Collations : _____
Nombre de repas/semaine au restaurant : _____
Prothèse dentaire : _____ Dernier examen chez le dentiste : _____/_____/_____
☐ Brûlures estomac / Pyrosis ☐ Difficulté de déglutition ☐ Difficulté de mastication ☐ Nausées / Vomissements
☐ Ulcération buccale ☐ Autre : _____
Sommeil satisfaisant : ☐ Oui ☐ Non Nombre heures/nuit : _____ Particularités : _____
☐ Apnée du sommeil CPAP : ☐ Oui ☐ Non Fréquence d'utilisation du CPAP : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

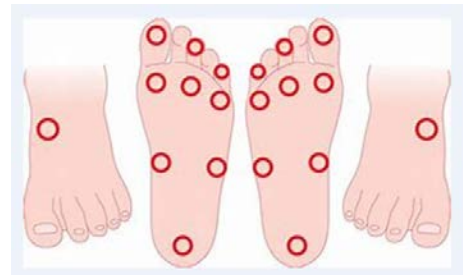
ÉVALUATION PHYSIQUE

Poids : ____kg Taille : ____cm Tour de taille : ____cm IMC : ____kg/m² TA : ____mmHg Pouls : ____ /min
Auscultation pulmonaire PRN : _____

EXAMEN DES PIEDS

Consulter Aide-mémoire clinique AMC-DSIEU-6026

- A. Morphologie : _____
- B. Condition articulaire : _____
- C. Condition vasculaire : _____
- D. Condition cutanée : _____
- E. Ongles : _____
- F. Pouls pédieux : Droit : ☐ Présent ☐ Imperceptible
Gauche : ☐ Présent ☐ Imperceptible
- G. Examen sensoriel (test au monofilament de Semmes-Weinstein) :
Pied droit : ____ / 10 Pied gauche : ____ / 10
☐ Engourdissements, picotements : _____
☐ Douleur, sensation de brûlure / froid : _____
- H. Évaluation démarche : _____
- I. Évaluation des chaussures : _____
- J. Hygiène des pieds : _____



AUTRES SIGNES DE NEUROPATHIE

- ☐ Douleur ☐ Paresthésie ☐ Symptômes gastro-intestinaux ☐ Dysfonction érectile
- ☐ Autre : _____

COMPRÉHENSION DE LA MALADIE

CONDITION PSYCHO-SOCIALE

Craintes et inquiétudes : _____
Convictions / expériences antérieures : _____
Motivation face aux changements : _____
Soutien familial / social / communautaire : _____

AUTOCONTRÔLE

Glucomètre : _____ Date d'acquisition : ____/____/____ ☐ Fréquence des glycémies : _____
Date dernière calibration / comparaison glycémie sérique : ____/____/____
Compréhension : ☐ Glucomètre, bandelettes et lancettes ☐ Technique ☐ Entretien du glucomètre
Évaluation et enseignement insuline : ☐ Cartouche / fiole ☐ Conservation ☐ Technique injection
☐ Horaire des injections ☐ Rotation des sites ☐ Aiguilles ☐ Carnet glycémie capillaire remis
☐ Disposition des aiguilles ☐ Autre : _____

ENSEIGNEMENT

☐ Alimentation ☐ Activité physique ☐ Conseils d'hygiène ☐ Soins des pieds
☐ Gestion du stress ☐ Cessation tabagique ☐ Contrôle du poids ☐ Journée de maladie
☐ Hypoglycémie et hyperglycémie : signes et symptômes / prévention / traitement
☐ Lypohypertrophie : signes / prévention ☐ Ressources disponibles
☐ Conduite automobile ☐ Médicaments ☐ Oubli de la médication
Autre : _____

INTERVENTIONS

☐ PTI complété ☐ Référence : _____ ☐ Autre : _____

Commentaires : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : ____/____/____