



MOCLI60285

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

RÉFÉRENCE USAGER DIABÉTIQUE CLINIQUES DE DIABÈTE ET MALADIES CHRONIQUES

INFORMATIONS OBLIGATOIRES		
Téléphone à domicile : _____	Nom du médecin famille : _____	Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais
Téléphone cellulaire : _____		☐ Autre : _____
☐ Usager informé et consent verbalement à la demande de service		

CONDITION IMPLIQUÉE	MÉDICAMENTS
☐ Pré-diabète (usager orphelin et/ou référence pour cours de groupe) ☐ Diabète : ☐ De Novo ☐ Type 1, depuis : _____ ☐ Type 2, depuis : _____	IMPORTANT : SVP Joindre la liste des médicaments

COMORBIDITÉS ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS	SUGGESTIONS DE MESURES DIAGNOSTIQUES
☐ Insuffisance cardiaque / MCAS ☐ HTA ☐ Tabagisme ☐ Dyslipidémie ☐ Rétinopathie ☐ ROH ☐ Insuffisance hépatique ☐ Hypothyroïdie ☐ Obésité ☐ Néphropathie ☐ Neuropathie ☐ Sédentarité ☐ Autre : _____	- ECG au repos recommandé (aux 2 à 5 ans) - Analyses sanguines suivantes (moins de 3 mois) : Glucose AC; HbA _{1c} ; Profil lipidique (cholestérol, TG, HDL-C, LDL-C); FSC; Na; K; Créatinine (clairance); Profil hépatique (ALT, GGT, bilirubine totale, phosphatase alcaline); AST; TSH; Microalbuminurie; - Comparaison glucomètre usager / glycémie sérique

MOTIFS DE RÉFÉRENCE	
☐ Consultation médicale ☐ Amorce insulinothérapie ☐ Hyperglycémie induite par corticostéroïdes ☐ Maîtrise glycémique sous-optimale, contexte de complication récente (moins de 3 mois). Spécifier date et complication : _____ ☐ Autre : _____	☐ Consultation infirmière ☐ Enseignement insulinothérapie / incrélines ☐ Ajustement de la médication (Remplir formulaire d'adhésion OC-6020 INESSS Ajustement AHGO ou insuline) ☐ Hyperglycémie induite par corticostéroïdes ☐ Enseignement autocontrôle / glycémies capillaires ☐ Autre : _____
☐ Cours de groupe ☐ Consultation nutritionniste ☐ Autre : _____	
Valeurs actuelles • HbA _{1c} : _____ % Date : _____ aaaa/mm/jj • Glycémie capillaire (mmol/L) : Préprandiale : _____ Postprandiale : _____	Valeurs visées • HbA _{1c} : _____ % • Glycémie capillaire (mmol/L) : Préprandiale : _____ Postprandiale : _____

Commentaires : _____

Nom, prénom du référant : _____ ☐ Médecin ☐ Professionnel (spécifier) : _____

Provenance : ☐ GMF ☐ Clinique privée ☐ Autre : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj