

Installation : _____

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

ÉVALUATION INFIRMIÈRE SUIVI DE L'USAGER DIABÉTIQUE

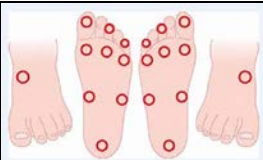
Consignes : Compléter la section Informations générales si différentes du CLI-60283

Informations générales	
Type de diabète : ☐ Pré-diabète ☐ De novo ☐ Type 1 ☐ Type 2 Depuis : _____	Référent : _____ Md famille : _____
Comorbidités : ☐ Insuffisance cardiaque / MCAS ☐ HTA ☐ Dyslipidémie ☐ Hypothyroïdie ☐ Rétinopathie ☐ Neuropathie ☐ Néphropathie ☐ Insuffisance hépatique ☐ Autre : _____ ☐ Chirurgies antérieures : _____	Médicaments : (voir liste médicaments DSQ) ☐ Antihyperglycémiant oraux ☐ Insuline ☐ Protection vasculaire Assurances : ☐ RAMQ ☐ Privées Pharmacie : _____
Allergies : _____	
Évaluation physique Taille : _____ cm Poids : _____ kg IMC : _____ kg/m ² Tour de taille : _____ cm	
HABITUDES DE VIE	Alimentation <i>Nombre de glucides / Régularité repas / Collations / Appétit / Problématiques / Autres</i>
	Activité physique <i>Intensité / Durée / Fréquence</i> Cible : Aérobique 150 min/semaine Résistance 2-3 fois/semaine
	Consommation Tabac / Alcool / Drogues <i>Type / Quantité / Fréquence</i>
CONTRÔLE GLYCÉMIQUE	HbA _{1c} Cible : _____ % HbA _{1c} : _____ % Date : _____
	Glycémies capillaires <i>Moyenne de 3 à 7 derniers jours</i> Cibles : - Préprandial 4-7 mmol/L, ou : _____ mmol/L - 2 heures postprandial 5-10 mmol/L, ou _____ mmol/L
	Comparaison glucomètre et glycémie sérique <i>Annuellement</i> Déjeuner : _____ mmol/L Dîner : _____ mmol/L Souper : _____ mmol/L Coucher : _____ mmol/L
	Épisodes d'hypoglycémie <i>Fréquence / Cause / Valeur</i> Glucomètre : _____ mmol/L Glycémie sérique : _____ mmol/L
	Changement médication (AHGO – insuline) <i>Nom / Dose / Fréquence</i> Glycémie capillaire : _____ mmol/L
	Assiduité de l'usager au traitement ☐ Application OC-6020
	Présence de lypohypertrophie <i>Localisation / Nombre / Mesure</i>

Nom :

Prénom :

Dossier :

CARDIOVASCULAIRE	Tension artérielle / Fréquence cardiaque <u>Cible</u> : TA inférieure à 130/80 mmHg Auscultation pulmonaire PRN	TA : _____ mmHg FC : _____ /min	
	Symptômes cardio-vasculaires <i>Angine/ Diminution de la tolérance à l'activité / Essoufflement / Fatigue persistante / Claudication / Autres</i>	ECG : _____ aaaa/mm/jj	
	Bilan lipidique	LDL : _____ HDL : _____ TG : _____ Ratio TG/HDL : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj	
NÉPHROPATHIE	Microalbuminurie	Résultats : _____ mg/L Date : _____ aaaa/mm/jj	
	Électrolytes Créatinine sérique Clairance de la créatinine	Na : _____ mEq/L K : _____ mEq/L Autres : _____ Cr : _____ mg/dL Cl Cr : _____ mL/min Date : _____ aaaa/mm/jj	
RÉTINOPATHIE	Dépistage rétinopathie <u>Cibles</u> : - Type 1 : annuel - Type 2 : q 1 à 2 ans Rétinopathie confirmée	Date : _____ aaaa/mm/jj ☐ Oui ☐ Non	
NEUROPATHIE	Symptômes de neuropathie <i>Douleur / Paresthésie / Gastroparésie / Dysfonction sexuelle</i>		
	Examen des pieds <i>Morphologie / Conditions articulaire, vasculaire et cutanée / Ongles / Pouls pédieux / Examen sensoriel / Autres</i>	Droit : _____ /10 Gauche : _____ /10 Pouls pédieux : Autres :	
PSYCHO-SOCIAL	☐ Gestion du stress / Anxiété ☐ Symptômes dépressifs (Échelle QSP-9 CLI-60231) ☐ Trouble de sommeil ☐ Stratégies d'adaptation ☐ Soutien familial / Social		
OBJECTIFS DE SOINS	Objectifs SMART <i>Obstacles possibles / Motivation / Capacité</i>		
	Enseignement		

☐ PTI complété ☐ Référence : _____ ☐ Autre : _____

☐ Prochaine rencontre : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____
aaaa/mm/jj