

Diabète :  Type 1  Type 2  Insuline

Nom : \_\_\_\_\_






Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Vaccin : Pneumovax: \_\_\_\_\_ Influenza : \_\_\_\_\_

Assurance médicale privée : \_\_\_\_\_

- Dyslipidémie
- Hypertension
- État mental
- Tabagisme - Ligne d'aide pour les fumeurs 1 877 513-5333
- Maladie cardiaque ischémique
- ACV / ICT
- Maladie vasculaire périphérique
- Rétinopathie
- Néphropathie
- Neuropathie périphérique
- Dysfonction érectile
- Ulcère de pied
- Autre \_\_\_\_\_

DATE				
M É D I C A M E N T				
Sensation 				
Poids, IMC				
TA				
A1c				
LDL				
HDL				
Créatinine/eGFR				
Ratio Albumine/ Créatinine				
Autres				
ECG (à considérer)				
Plan de traitement/ les buts  Acitivité physique recommandée de 30 à 60 minutes 5 fois par semaine  Plan de nutrition				
<b>CIBLE A1C</b>				
Examen de la vue	Considérer le dépistage de la rétine tous les 1,2,3 ans (encerder le nombre approprié) date de l'aiguillage) _____			