

8 ALIMENTATION

• **Collations** Oui Non

si oui de quels types : _____

• **Aide au repas** : _____

• **Appétit** Oui Non

• **Utilisation CNO** Oui Non

si oui lesquels : _____

• **Particularités** :

Repas portage domicile

Problème financier

Autres : _____

• **Risque nutritionnel** Oui Non

Motifs : _____

- Dernier poids mesuré : _____

- Poids actuel : _____

Commentaires : _____

SIGNATURE DE L'INFIRMIER(E)

SIGNATURE DU MÉDECIN

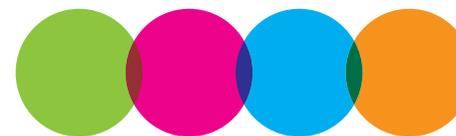


ÉCHANGES PARAMÉDICAUX VILLE HÔPITAL
pour faciliter un parcours de soin !

Avec la participation de Roche Diagnostics France.

Société
francophone
du
diabète
Paramédical

PRO(G)-4559 - Réf. 01056006038



ÉCHANGES PARAMÉDICAUX VILLE HÔPITAL

pour faciliter un parcours de soin !

Fiche de liaison

Infirmiers libéraux ↔ Médecins



Fiche de liaison Infirmiers libéraux ↔ Médecins

NOM DU PATIENT _____ PRÉNOM _____ Vit seul
 Accompagné
 Institution

NOM DU MÉDECIN _____ IDE LIBÉRALE _____

1 PRESCRIPTION OBJECTIFS GLYCÉMIQUES

- Pré prandial de _____ mg/dl à _____ mg/dl
- Post Prandial (1h30 à 2h après début repas) de _____ mg/dl à _____ mg/dl

2 GLYCÉMIE CAPILLAIRE

- Type de lecteur _____ Date d'achat [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- Nombre de glycémies réalisées par IDE 2 3 4 Pré / Post
- Nombre de Glycémies par le patient ou son entourage 2 3 4 Pré / Post
- Evaluation des gestes Techniques Oui Non
- Commentaires _____

3 TECHNIQUE INJECTION INSULINE

- Réalisée par IDE Matin Midi Soir
- Réalisée par le patient Matin Midi Soir
- Réalisée par une tierce personne Conjoint/Famille Matin Midi Soir
- Evaluation des gestes Techniques Oui Non
- Commentaires _____

4 TYPE D'INSULINE

Matin _____ Midi _____ Soir _____

RÉSULTATS GLYCÉMIQUES

Date	A jeun	Après petit-déj.	Avant petit-déj.	Après déjeuner	Avant dîner	Après dîner	Coucher	Hypos

Commentaires _____

ADAPTATIONS

- Si Glycémie supérieure à _____ Monter de 1U ou 2U tous les 2 jours
- Si Glycémie inférieure à _____ Baisser de 1U ou 2U dès le lendemain
- Si Hypo = Baisser systématiquement le lendemain de 2U (si hypo inexplicitée l'insuline responsable)

5 TYPE D'ANTI-DIABETIQUES ORAUX

6 TYPE ANALOGUE DU GLP1

7 HYPOGLYCÉMIES

- Connaît les signes Oui Non
- Ressent les signes (entourer) Oui Non
- Sueurs / Tremblements / Faim / Autres : _____

RÉSULTATS GLYCÉMIQUES

Jour	Heures	Causes	Adaptations	Resucrage 15 g sucre simple 20 g sucres complexes ou 40 g de pain	Glycémie 30 mm après

- Glucagen Oui Non
- Péremption Oui Non
- Tierce personne éduquée qui ? _____