**Fiche de liaison du patient diabétique : domicile-hôpital-consultation (version longue)**

*Cette fiche est une fiche informative synthétique qui reprend l’ensemble des informations relatives au diabète du patient*

**Informations personnelles du patient :**

Numéro de téléphone : ……/…………………….

Numéro de GSM : ………/…………………….…

Domicile : ○ Vit seul ○ Vit en famille

Nom de la personne ressource et moyen de contact :………………………………………………………………….

Nom de l’infirmière de référence du domicile et moyen de contact :………………………………………..…………

…………………………………………………………………………………………………..……………………

Nom de la diététicienne et moyen de contact : …………………………………………………………………….…

Nom du podologue/ pédicure et moyen de contact……………………………………………………………..…….

Médecin traitant : ……………………………………………………………………………………………………..

**Parcours de soin en diabétologie :**

⃝ Pré- trajet de soins

⃝ Programme restreint

⃝ Trajet de soins

⃝ Convention : adresse du centre de convention : ……………………………………………………………

⃝ Autre

**Type de diabète du patient :**

**⃝** Pré diabète ⃝ Type 1 ⃝ Type 2 ⃝ Gestationnel ⃝ Autre : préciser

**Effets personnels emportés par le patient au départ de son domicile :**

**⃝** Bijoux : ……………………………………………………………………………………………………………..

⃝ GSM : ○ Oui ○ Non

⃝ Argent : ○ Oui ○ Non, si Oui combien ? : ……………………………………………………………………

⃝ Médicaments : …………………………………………………………………………………………………….

⃝ Prothèse(s) : ○ Auditive(s) ○ Dentaire(s) : □ Haut □ Bas ○ Lunettes

⃝ Papiers : ……………………………………………………………………………………………………………

⃝ Autre : ……………………………………………………………………………………………………………

**Traitement diabétique du patient :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Familles** | **Dernière prise** | **Remarques éventuelles** |
| **A.D.O** | ***Biguanides :***  **○** Metformax/Glucophage  ***Sulfamidés hypoglycémiants :***  **○** Gliclazide : Unidiamicron/ Diamicron  ○ Glibenclamide : Euglucon/ Daonil  ○ Glimepiride : Amarylle/  ○ Gliquidone : Glurenorm  ○ Glipizide : Glibene/Minidiab  ○ Glucovance (Euglucon+ Metformine)  ***Glinide :***  ***○*** Repaglinide : Novonorm  *○* Nateglinide : Starlix  ***Inhibiteurs du DPP4 :***  ○ Sitaglipine : Januvia  ○ Vidagliptine : Galvus  ○ Saxagliptine : Onglyza  ○ Linagliptine : Trajenta  ○ Alogliptine : Vipidia  ○ Janumet  ( Metformine+Januvia)  ○ Eucreas (Metformine+ Galvus)  ***Inhibiteurs des α glucosidases :***  **○** Acarbose : Glucobay  ***SGLT2 :***  **○** Canagliflozine : Invokana  ○ Empagliflozine : Jardiance  *○* Dapagliflozine : Forxiga |  | STOP 48h avant un examen invasif ou une anesthésie  ! Risque d’hypoglycémie!  ! Risque d’hypoglycémie |
| **Incrétines SC** | ***Agonistes du GLP1 :***  ○ Exenatide : Byetta  ○ Liraglutide : Victoza  ○ Exenatide : Bydureon  ○ Dulaglutide : Trulicity |  | 2 injections sous cut. par jour  1injection sous cut. par jour  1 injection sous cut. par semaine  1 injection sous cut. par semaine |
| **Insuline SC** | ***Type :***  ***Doses journalières :***  ***Cfr schéma thérapeutique :*** |  | Dernière(s) dose(s) d’insuline(s)  ……………………………………………….  Reçues à ………………………………… |

**Paramètres :**

Si connue, dernière hémoglobine glycosylée (HbA1c) : …………………….. le………………………………………

Si connue, la dernière glycémie contrôlée : …………………………… à ……………………., le …………………

Si connue, la tension artérielle : …………………….

Si connus, le poids : …………… la taille : …………… le BMI : ………….. le périmètre abdominale[[1]](#footnote-1) : ………….

**Allergies éventuelles :** ……………………………………………………………………………………………

**Pathologies associées et significatives :**...……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

……………..…………………………………………………………………………………………………………

**Autre(s) traitement(s) habituel(s) :**

…………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..

**Vaccins conseillés (grippe, pneumocoque) :**…………………………………………………………………….

**Vaccins autres (tétanos, varicelle, etc.) :** …………………………………………………………………………

**Régime alimentaire :** ………………………………………………

**Habitudes de vie : ○** Tabac, si oui, combien ?..................... ○ Alcool, si oui, combien ?.....................

**Aspects relationnels :** ○ Correctement orienté dans le temps / dans l’espace

○ Désorientation dans le temps/ dans l’espace

○ Confusion diurne / nocturne

○ Démence

**Échelle de dépendance (cfr. Échelle de KATZ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sans aide(1) | Aide de soutien(2) | Aide partielle(3) | Aide complète(4) |
| Se laver |  |  |  |  |
| S’habiller |  |  |  |  |
| Transferts et déplacements |  |  |  |  |
| Aller à la toilette |  |  |  |  |
| Continence |  |  |  |  |
| Manger |  |  |  |  |

**Éventuels rendez-vous médicaux prévus prochainement :**

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

**Intégrité de la peau :**

**⃝** Escarre(s) - Localisation………………………..

⃝ Brûlure(s) - Localisation………………………..

⃝ Plaie(s ⃝ traumatique(s) - Localisation……………………………………..

⃝ chirurgicale(s) - Localisation……………………………………... Sutures à ôter le……………………

⃝ Ulcère(s) - Localisation………………………………………………………….

⃝ Stomie(s) - Localisation…………………………………………………………

**Complications du diabète si connues :** ○ Rétinopathie

○ Néphropathie □ Dialyse □ transplantation rénale

○ Neuropathie

○ Complications cardio-vasculaires

○ Neuropathie

○ Pied diabétique

**Examen des pieds**

* Ongles coupés par…………………………………………..le…………………………………………

○ Intacts: □ D □ G

○ Épaissis : □ D □ G

○ Incarnés : □ D □ G

○ Onycchogriffose : □ D □ G

○ Onycchomycose : □ D □ G

* État des chaussures………………………………………………………………………………………
* Peau de la plante des pieds : ○ Sécheresse ○ Callosité ○ Hyperkératose
* État des pieds : Hygiène : ○ Bonne ○ Mauvaise Effectuée par   ……………………………….…..

Desquamation entre les orteils : ○ Oui ○ Non

Macération : ○ Oui ○ Non

Hallux valgus : ○ D : ○ G

Crevasses : ○ D : ○ G

Sensibilité : ○ Normale : □D □G ○ Perte de sensibilité : □ D □ G

Couleur de la peau : ○ D : □ Normale □ Pâle □ Cyanosée □ Rouge

○ G : □ Normale □ Pâle □ Cyanosée □ Rouge

Température : ○ D : □ Normale □ Chaude □ Froide

○ G : □ Normale □ Chaude □ Froide

Aspect : ○ D : □ Normal □ Œdème □ Cor □ Sudation □ Durillon

○ G : □ Normal □ Œdème □ Cor □ Sudation □ Durillon

**Si lésions aux pieds : Classification PEDIS:[[2]](#footnote-2)**

**Pied droit**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grades** | **Perfusion(P)** | **Étendue(E)** | **Profondeur(D)** | | **Infection(I)** | **Sensation(S)** | |
| **1** | Pas de signe d’artériopathie périphérique | Surface de la plaie mesurée en cm2 après débridement | | Ulcère superficiel limité au derme | Aucun signe d’infection | | Aucune perte de la sensibilité de protection |
| **2** | Signe d’artériopathie périphérique |  | | Ulcère profond, pénétrant sous le derme, jusqu’aux structures sous cutanées, impliquant les fascias, muscles et tendons | Infection de la peau et des tissus sous cutanés | | Perte de la sensibilité de protection |
| **3** | Ischémie critique du membre |  | | Toutes les structures du pied y compris l’os et ou l’articulation | Érythème supérieur à 2 cm et infection profonde | |  |
| **4** |  |  | |  | Infection avec signes systémiques | |  |

**Traitement en cours localement :**…………………………………………………………………………………

**Pied gauche**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grades** | **Perfusion(P)** | **Étendue(E)** | **Profondeur(D)** | | **Infection(I)** | **Sensation(S)** | |
| **1** | Pas de signe d’artériopathie périphérique | Surface de la plaie mesurée en cm2 après débridement | | Ulcère superficiel limité au derme | Aucun signe d’infection | | Aucune perte de la sensibilité de protection |
| **2** | Signe d’artériopathie périphérique |  | | Ulcère profond, pénétrant sous le derme, jusqu’aux structures sous cutanées, impliquant les fascias, muscles et tendons | Infection de la peau et des tissus sous cutanés | | Perte de la sensibilité de protection |
| **3** | Ischémie critique du membre |  | | Toutes les structures du pied y compris l’os et ou l’articulation | Érythème supérieur à 2 cm et infection profonde | |  |
| **4** |  |  | |  | Infection avec signes systémiques | |  |

**Traitement en cours localement :**…………………………………………………………………………………

**Remarques éventuelles :**

**Date……………………….**



Fiche réalisée par les membres de la CoP Diabéto dans le cadre du **projet Health Cop** en **décembre 2017**

1. Sur l’ombilic [↑](#footnote-ref-1)
2. Prise en charge du pied diabétique dans un centre spécialisé, Kristien Van Acker, Bernard Vandeleene, Franck Vermassen, Thibaut Leemrijse , édition Albe De Coker, p.43 [↑](#footnote-ref-2)