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

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

**Informations personnelles du patient**

Vignette de mutuelle Numéro de téléphone : ….…………………………..

Taille : ……………………..cm

Poids : ……………………..kg

Personne de référence (famille) : ………………………………………………………………………………………..

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

Infirmière de référence au domicile : …………………………………………………………………………………..

Effets personnels lors du départ du domicile : …………………………………………………………………………

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

**Parcours de soin diabétologie :**

* Pré-trajet de soin
* Programme restreint
* Trajet de soin
* Convention : adresse centre de convention …………………………………………………….
* Aucun

**Traitement du diabète :**

 **ADO**

* Incrétines : Inhibiteurs du DPP-4
  + Stiaglipine : Januvia
  + Vidaglipine : Galvus
  + Saxaglipine : Onglyza
  + Linaglipine : Trajenta
  + Aloglipine : Vipidia
* Acarbose : Glucabay
* Canagliflozine : Invokana
* Dapaglifozine : Forziga
* Empagliflozine : Jardiance
* Biguanides - Metformine : Stop 48h avant examen invasif ou anesthésie
  + Metformax/Glucophage
* Sulfamidés hypoglycémiants : Risque d’hypoglycémie
  + Gliclazide : Unidiamicron/Diamiccron
  + Glibenclamide : Englucon / Daonil
  + Glimepiride : Amarylle
  + Gliquidone : Glurenorm
  + Glipizide : Glibenese/ Minidiab



* Glinides : Risque d’hypoglycémie
  + Repaglinide : Novonorm
  + Nateglinide. Starlix
* Association Metformine + Euglucon = Glucovance
* Association Metformine + Januvia = Janumet
* Association Metformine + Galvus = Eucreas

**INJECTIONS**

* Type d’insuline : …………………………………………..

Dose journalière ……………………………………..

Ou cfr schéma thérapeutique

* Incrétines : agonistes du GLP1
  + Exenatide : Byetta, Bydureon
  + Liraglutide : Victoza
  + Dulaglutide : Trulicity

Remarques particulières :

-Dernière(s) dose(s) d’insuline(s)……………………………………………………………………………………… (unité)

reçue(s) le…………………...à……...H

-Dernière Hémoglobine glyquée (Hba1c) ………………………….

-Dernière glycémie connue ……………………………………………….

**Allergies connues :** ……………………………………………

**Traitements habituels** :

-………………………………………………………………………….

-………………………………………………………………………….

-………………………………………………………………………….

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

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

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

**Intégrité de la peau** : ……………………………………………………………………………………………………..

**État dentaire** : ………………………………………………………………………………………………………………

**Remarques éventuelles (zone d’échange entre infirmières à domicile et infirmières de la convention:**



Fiche réalisée par les membres de la CoP Diabéto dans le cadre du **projet Health CoP** en novembre 2017 (**mis à jour en mai 2022**)