

SEANCE HEBDOMADAIRE DE SURVEILLANCE CLINIQUE ET DE PREVENTION

Nom, prénom : _____

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Date de l'examen				
Etat général				
Equilibre glycémique				
T.A.				
Pouls				
Poids				
Equilibre alimentaire	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Carence			
Observance traitements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Education patient / entourage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Préparation du pilulier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dépistages des complications				
Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Problèmes neurologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Problèmes infectieux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Problèmes cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Surveillance de l'état cutané				
Hygiène des pieds	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Problème de chaussage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Détails des problèmes rencontrés				
Transmissions d'informations au médecin traitant				
Education et conseils au patient et à l'entourage				
Paraphe IDEL				

Légende : Oui, Non, Bon, A Revoir