

Nom & Prénom du patient :

Nom du soignant référent :

L'INJECTION D'INSULINE

Type de stylo (marque, modèle) : Longueur d'aiguille : mm	Date :			Date :			Observation
	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	
Je connais le nom de mon insuline							
J'homogénéise l'insuline (intermédiaire ou mélange)							
Je sais mettre en place mon aiguille							
Je purge mon stylo aiguille vers le haut							
Je sélectionne le nombre d'unités voulues							
Je choisis correctement mon site d'injection							
Je respecte le temps d'injection							
J'enlève et je jète l'aiguille de façon appropriée							
Stylo rechargeable : Je sais effectuer un changement de cartouche							
Je connais l'action de son insuline							
Je sais moduler ses doses d'insuline							
Je sais comment conserver mon insuline							
Je sais reconnaître et corriger une hypoglycémie							
Je sais reconnaître et corriger une hyperglycémie							

AUTO-SURVEILLANCE GLYCÉMIQUE

Type de lecteur (marque, modèle) :	Date :			Date :			Observation
	OUI	NON	NA	OUI	NON	NA	
Je me lave les mains							
Je sais calibrer son lecteur							
J'utilise correctement mon autopiqueur							
Je change la lancette après utilisation							
Je choisis correctement son site de prélèvement							
Je sais appliquer la goutte de sang à l'extrémité ou sur la bandelette							
J'élimine sa lancette dans un container (boite jaune)							
Je note sa glycémie sur son carnet							
Je sais interpréter les résultats							
Je connais le rythme des glycémies à effectuer							
Je connais mes objectifs glycémiques							
Je sais utiliser les mémoires du lecteur							