



Mon traitement

Traitement	Médicament	Posologie
Pour le diabète	-	
	-	
	-	
	-	
Autres médicaments	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	
	-	



Les séances du réseau

Date heure	Lieu	Thème



Les professionnels de santé qui me suivent

Professionnel	Nom
Cardiologue	
Ophtalmologue	
Nutritionniste	
Angéiologue	
Podologue	
Infirmière	
Laboratoire d'analyses	
Pharmacie	
Autre :	



Réseau Atlantique Diabète
 Centre Hospitalier St Louis
 Rue du Dr A. Schweitzer
 17 019 LA ROCHELLE Cedex
 Tél : 05 46 45 67 32 ; Fax: 05 46 42 17 88
atlantique.diabete@wanadoo.fr

Carnet de bord



Initiales -

Né(e) le : - -

Sexe : M F

Numéro d'adhérent(e) : 1 7

Année de découverte du diabète

Coordonnées du médecin généraliste

Coordonnées du diabétologue

Si vous trouvez ce document, merci de le renvoyer à l'une des adresses ci dessus.

Le bilan trimestriel

	1er trimestre	2è trimestre	3è trimestre	4è trimestre
 Poids Objectif : kg				
 Tension artérielle Objectif :/.....				
 HbA1c Objectif :%				
 Tabac Objectif :				
 Examen des pieds : Sentez vous : - la chaleur de l'eau dans la douche ? - la fraîcheur du carrelage ? - un corps étranger dans la chaussure ? - la douleur en cas de plaie ou blessure ?	 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
 Activité physique - type d'activité - fréquence				

 Vaccinations	antitétanique : date du dernier rappel =>/...../..... antigrippal : réalisé => oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date :
 Hospitalisations	en diabétologie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> dates : ; motif : dans un autre service : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> service : dates : ; motif : passage aux urgences : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> dates : ; motif :

Le bilan annuel

	Examen	Date	Résultat
	Bilan ophtalmologique Fond d'oeil Laser = oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> :
	Bilan cardiologique = - ECG électrocardiogramme - épreuve d'effort - doppler artériel • vaisseaux du cou <input type="checkbox"/> • membres inférieurs <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> : normale <input type="checkbox"/> anormale <input type="checkbox"/> : normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> : normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> :
	Bilan rénal = - créatinémie (sang) - microalbuminurie (urines) ou - protéinurie	 micromol / L mg / litre <input type="checkbox"/> ou / 24h <input type="checkbox"/> g / litre <input type="checkbox"/> ou / 24h <input type="checkbox"/>
	Bilan neurologique = Monofilament		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> :
	Bilan lipidique = - Cholestérol total - HDL cholestérol - LDL cholestérol Objectifs LDL-chol. (mg.dl) <1 <input type="checkbox"/> <1,3 <input type="checkbox"/> <1,6	 g / L g / L g / L
	Examen dentaire		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> :

Demandez aux professionnels de santé qui vous entourent ou à l'équipe du réseau de vous aider à remplir ce carnet. Un carnet vierge vous sera remis en échange de celui-ci complété, à la fin de l'année.