

Formulaire d'inscription

Centre DIAfit : _____ Date : _____

Patient :

NOM : _____ Rue : _____

Prénom : _____ CP / Ville : _____

Date de naissance : _____ Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

Médecin traitant : _____ Caisse-maladie : _____

Données médicales

Diabète de type _____ Diagnostiqué en : _____

Bilan des complications

Néphropathie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Rétinopathie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Cardiovasculaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Neuropathie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Pied(s) diabétique(s) : (plaies, hyper-appuis)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

Patient suivi par un cardiologue : Non Oui Nom : _____

Patient suivi par un diabétologue : Non Oui Nom : _____

Le patient a-t-il bénéficié d'un dépistage coronarien ces dernières semaines ? Non Oui
Si oui, merci de joindre une copie des résultats.

FRCV

- Tabac HTA Obésité Anamnèse familiale Dyslipidémie Sédentarité
- Situation psychosociale stressante

Bilan existant avant le programme de réadaptation

Taille : _____ cm Poids : _____ kg Date : _____

HbA1c : _____ % Date : _____

Cholestérol total : _____ mmol/l HDL : _____ mmol/l Triglycérides : _____ mmol/l Date : _____

Créatinine : _____ μ mol/l Date : _____

Albuminurie / Créatininurie : _____ mg/mmol Date : _____

Motif d'inscription

Condition physique

										Remarques
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Peu fit

Très fit

Médication

Médicament	Posologie

Remarques

N.B : Dans le cadre de DIAfit, l'HbA1c et les lipides seront mesurés au début et à la fin du programme. Si certaines analyses ou investigations n'ont pu être effectuées récemment (p.ex. ergométrie), nous nous permettrons de les organiser avant le début du programme.

_____ , le _____

Médecin envoyeur
(timbre + signature)