



Vignette patient

Date : .....

Service de Diabétologie

Convention Diabète du

Tél :

Fax :

Diagnostiqué diabétique de type 2 depuis : .....(année)

Ayant déjà été éduqué(e) en convention :      OUI   ☐      NON   ☐

Glucomètre :    OUI   ☐    NON   ☐      Marque/modèle : .....

Objectif glycémique : .....

Dernières hémoglobines glycosylées .....% le ...../...../.....

.....% le ...../...../.....

### ***Complications***

Cardiopathie :    OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Rétinopathie :    OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Néphropathie :    OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Neuropathie :    OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Pied diabétique :    OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Tabac :            OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Alcool :            OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

Sédentarité :    OUI   ☐    NON   ☐    NR<sup>1</sup>   ☐

<sup>1</sup> Non renseigné

### ***Traitement antidiabétique actuel (per os / injectable)***

.....

.....

.....

.....

.....

### ***Adaptation(s) proposée(s)***

.....

.....

.....

.....

.....

### ***Modalités d'autocontrôle***

.....

.....

.....

.....

Dr. : .....

Cachet :

Signature :