

NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_

PRÉNOM(S): \_\_\_\_\_

GENRE:  M  F  Autre: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(YYYY) (MM) (DD)

INDIGÈNE  ENCEINTE

ADRESSE: \_\_\_\_\_  
(numéro, rue, appartement, ville, province, code postale)

TÉLÉPHONE : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ AUTRE : ( \_\_\_\_\_ ) Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Préférence du client quant à la proximité des services  Maison ou  Travail/autre (fournir le lieu) : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC:  Prédiabète ou  Diabète de type 2

Durée:  Nouveau diagnostic  1-5 ans  5 ans et +

LANGUE DE SERVICE PRIVILÉGIÉE :

Français  Anglais  \*Autre: \_\_\_\_\_

Interprète requis (cocher la boîte) (\*préciser la langue)

**Veillez noter** que les programmes communautaires d'éducation sur le diabète d'Ottawa n'offrent pas de groupes d'éducation ou le service d'initiation à l'insuline aux clients qui ont le diabète de Type 1.

**Diabète de Type 1** Question pour client avec diabète de Type 1: Est-ce que le client est suivi par un spécialiste du diabète?  Oui  Non

Si oui, s.v.p. fournir le nom du spécialiste: \_\_\_\_\_

**SERVICES REQUIS / RAISON PRINCIPALE DE L'AIGUILLAGE**

Soutien et éducation sur le diabète  
Approprié pour un groupe?  Oui  Non \_\_\_\_\_

\*Initiation à l'insuline  \*Ajustement de médication ou d'insuline  
\*Veillez joindre résultats d'analyses et remplir ordonnances ci-dessous.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX / FACTEURS DE RISQUE  Ci-joints

RÉSULTATS RÉCENTS D'ANALYSE EN LABORATOIRE  Ci-joints  
(glycémie, fonction rénale, lipides)

**CARACTÉRISTIQUES QUI POURRAIENT AVOIR DES RÉPERCUSSIONS SUR L'APPRENTISSAGE OU LES SERVICES REQUIS**

- déficit cognitif  troubles de développement
- non assuré  pas de médecin/IP
- littératie  problèmes de mobilité
- sans-abri/logement marginal
- consommation problématique d'alcool ou de drogues
- troubles de santé mentale : \_\_\_\_\_
- autre: \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS ACTUELS  Ci-joints (nom/dose/fréquence)

INITIATION À L'INSULINE\* Type d'insuline : \_\_\_\_\_ Dose / Heure: \_\_\_\_\_

Ordonnances d'ajustement : Augmenter de \_\_\_\_\_ unité(s) à \_\_\_\_\_ (heure) chaque \_\_\_\_\_ (soir/jour) jusqu'à ce que les lectures \_\_\_\_\_ (matin/soir/au coucher) soient constamment en dessous de \_\_\_\_\_ (cibles de glycémie).

Cesser les agents antihyperglycémiant?  Non  Oui Le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

AJUSTEMENT DE L'INSULINE\* (pour autoriser l'enseignement de l'ajustement de la dose d'insuline)

Cocher la case pour permettre à l'éducateur d'enseigner l'ajustement de la dose d'insuline par 1-2 unités/ jusqu'à un maximum de 10 % de la dose d'insuline quotidienne.

\*Signature du médecin (ou de l'IP) requise pour ordonnances relatives à l'insuline ou au GLP-1 ci-dessous \_\_\_\_\_

**\*INITIATION AU GLP-1 ou AJUSTEMENT DE LA DOSE**

Type: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

Ordonnances d'ajustement :

Veillez signer ici ↑

**COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES / INSTRUCTIONS SPÉCIALES**

**Fournisseur de soins de santé responsable de l'aiguillage (ou estampille)**

Nom :  
Adresse :  
Numéro de téléphone :  
Numéro de télécopieur :