

NOM DE FAMILLE: _____

Estampille:

PRÉNOM(S): _____

GENRE: M F Autre: _____ DN: _____

AAAA - MM - JJ

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 antihyperglycémiants? * Non * Oui Le(s)quel(s) : _____

AJUSTEMENT DE L'INSULINE*

Type d'insuline: _____ Dose: _____ Type insuline: _____ Dose: _____

* **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-dessus

***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 :