

NOM DE FAMILLE: _____

Estampille:

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 antihyperglycémiantes? 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-dessus _____

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 : _____