



# Programme de podologie de Champlain pour les diabétiques – Formulaire d’aiguillage

Veillez envoyer le formulaire d’aiguillage *rempli* par télécopieur, au : 613-774-7241.

Tél. : 613-783-7760 Sans frais : 1-888-220-8010



**Tout formulaire incomplet sera renvoyé au fournisseur responsable de l’aiguillage.**

**L’admission n’est pas garantie.**

**Nos cliniques offrent des services de traitement de l’ulcère du pied diabétique.**

**Nous n’offrons pas de soins de base des pieds.**

**Fournisseur de soins :** \_\_\_\_\_ Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Télec. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Réponse requise?  Oui  Non

## Renseignements sur le client

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Genre :  Masculin  Féminin  Homme trans  Femme trans  Intersexué  Bispirituel  Préciser : \_\_\_\_\_

Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Autre tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Code de version \_\_\_\_\_ M.D. de famille/IP: \_\_\_\_\_

Langue :  Anglais  Français  Préciser : \_\_\_\_\_  Interprète requis (cochez la case)

État :  Diabète de type 1  Diabète de type 2 (insuline, médicaments oraux ou diète)  Prédiabète

HbA1c du client ou de la cliente : \_\_\_\_\_

Histoire de la maladie actuelle : Ci-jointe

Problèmes de santé pertinents : Ci-joints

Allergies : Liste jointe  \_\_\_\_\_

Médicaments : Liste jointe  \_\_\_\_\_

Résultats d’imagerie/d’analyse : Ci-joints  \_\_\_\_\_

But de l’aiguillage :  Programme d’éducation sur le diabète,  Services de soins à domicile et communautaires (soin des plaies),  Spécialiste des maladies infectieuses,  Chirurgien vasculaire,  Centre de diagnostic vasculaire

## Critères d’aiguillage :

**Ulcère du pied diabétique** (avec au moins l’un des éléments suivants) :

Pouls pédieux palpable

Indice de pression systolique (IPS) supérieur à 0,7 calculé à partir de l’artère dorsale du pied ET de l’artère tibiale postérieure \_\_\_\_\_

IPS de l’orteil supérieur à 0,4 \_\_\_\_\_

**Pour tous les clients chez qui on suspecte maladie artérielle périphérique et un ou plusieurs ulcères du pied, veuillez organiser une échographie Doppler des artères des extrémités avec mesures de l’IPS de l’orteil et fournir un rapport, si possible.**

**Autres commentaires :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Position du ou des  
ulcères sur le pied**

