



FICHE PHARMACIEN/IDE RÉSEAU «ATLANTIQUE DIABÈTE»

Date : __ / __ / __

Nom et prénom du patient : né(e) le __ / __ / __

Homme Femme Diabète de type 1 type 2 année de découverte : ____

Professionnel de Santé qui remplit la fiche <input type="checkbox"/> Pharmacien(ne) <input type="checkbox"/> Préparateur/rice Nom et lieu d'exercice :		Médecin Généraliste : Dr.....		Diabétologue <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Dr.....	
Le patient est il capable de... (cochez la case de la bonne réponse)					Éducation
...définir ce qu'est sa maladie		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
...citer les principes du traitement du diabète		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
...citer les examens de suivi		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
préciser les objectifs thérapeutiques suivants :		<input type="checkbox"/> glycémie	<input type="checkbox"/> Hba1c	<input type="checkbox"/> tension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
...identifier ses traitements antidiabétiques :		<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
...expliquer l'indication des autres médicaments :		<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
...définir le mécanisme de son traitement ADO		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
...préciser les horaires de prise de médicaments :		<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le patient pratique une autosurveillance		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui lecteur :		Éducation
si auto surveillance glycémique :	maîtrise la technique de prélèvement capillaire		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	maîtrise l'utilisation du lecteur de glycémie		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	comprend l'intérêt des auto mesures		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	note les glycémies dans un carnet dédié		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si le patient est traité par insuline ou par analogue GLP-1:	maîtrise le système d'injection		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	connaît son schéma d'injection		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	élimine de façon conforme les déchets		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Suivi du traitement du patient					
Y a t il eu modification ?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> ajout ou retrait de spécialité		<input type="checkbox"/> changement de posologie
Observance		<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> minime		<input type="checkbox"/> bonne
Avez vous du clarifier ou rectifier le traitement prescrit ? (si oui précisez la raison)		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> modalités d'administration incorrectes		
			<input type="checkbox"/> erreur de posologie	<input type="checkbox"/> erreur de dosage	
			<input type="checkbox"/> anomalie prescription (interaction médicamenteuse non gérée)		
			<input type="checkbox"/> nécessité d'appeler le prescripteur		
Effets indésirables ?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (précisez) :			
Patient orienté vers...		<input type="checkbox"/> le réseau Atlantique Diabète <input type="checkbox"/> un autre prof.de santé (précisez) :			

Exemplaire à renvoyer au Réseau Atlantique Diabète (joindre la copie de l'ordonnance)
 Hôpital Saint Louis, rue du Docteur Schweitzer, 17019, La Rochelle cedex
atlantique.diabete@wanadoo.fr atlantiquediabete@gmail.com