

BIL260E

Sur la tête de	Date de naissance	A	A	A	A	M	M	J	J
Profession									
Quand le diabète a-t-il été diagnostiqué pour la première fois ?									

Donner le nom et l'adresse du médecin consultant actuel

Nom					Adresse												
Date	A	A	A	A	M	M	J	J	Date de la dernière consultation	A	A	A	A	M	M	J	J

Method of treatment

Insuline
 Oral
 Régime

Le genre de médication

La dose quotidienne, y compris la ration de calories et d'hydrates de carbone

Répondre par «oui» ou par «non» aux questions ci-après. Dans l'affirmative, indiquer les noms et adresses des médecins consultés, ainsi que les dates et détails s'y rapportant.

Y a-t-il eu des changements dans la médication ou le traitement au cours des deux dernières années ? Oui Non

Avez-vous pris ou perdu du poids au cours des deux dernières années? Oui Non

Si oui, indiquer le nombre de livres prises ou perdues. Perte : ____lb Prise : ____lb Oui Non

Avez-vous déjà: a) réagi à l'insuline? Oui Non

 b) été dans un coma diabétique? Oui Non

 c) eu de l'acido-cétose? Oui Non

Avez-vous déjà eu des infections telles que: furoncles, abcès aux dents, aux gencives, etc. ? Oui Non

Avez-vous déjà souffert de troubles de la vue (vision floue, cataractes, etc.) ? Oui Non

Avez-vous déjà souffert de troubles cardiaques ou circulatoires (douleurs dans la poitrine, hypertension, etc.) ? Oui Non

Avez-vous déjà souffert d'une maladie de reins ? Oui Non

Avez-vous déjà souffert de fourmillement ou d'engourdissement des membres inférieurs ? Oui Non

Avez-vous déjà ressenti des douleurs aux jambes ? Oui Non

Avez-vous déjà subi un électrocardiogramme, une radiographie des poumons, des reins, ou un autre examen particulier ? Oui Non

Ya-t-il d'autres observations à faire

Signature	Témoin														
Date	Signé à														
A	A	A	A	M	M	J	J	A	A	A	A	M	M	J	J

