

Questionnaire médical

Les informations que vous reporterez sur ce feuillet nous **permettront d'adapter l'accompagnement selon les besoins de votre patient**. Elles seront traitées de manière confidentielle, dans le seul cadre de **sophia**. Elles vont aussi nous aider à mesurer l'efficacité du service **sophia**, et à le faire évoluer. Nous vous remercions de le compléter en majuscules et au stylo (une seule réponse possible de la question n°1 à la n°9), de le signer, de le faire signer par votre patient et de nous le retourner à l'aide de l'enveloppe T ci-jointe.

- 1 TYPE DE DIABÈTE : Diabète de type 1 Diabète de type 2
 Diabète de type 2 insulino-traité Autre
- 2 INFARCTUS DU MYOCARDE OU MORT SUBITE CHEZ UN PARENT AU 1^{ER} DEGRÉ :
 de sexe masculin avant 55 ans Oui Non NSP*
 de sexe féminin avant 65 ans Oui Non NSP*
- 3 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL AVANT 45 ANS : Oui Non NSP*
- 4 HOSPITALISATION EN LIEN AVEC LE DIABÈTE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDENTS : Oui Non NSP*
- 5 SI OUI, CETTE HOSPITALISATION ÉTAIT-ELLE EN RAPPORT AVEC :
 une hypoglycémie sévère : Oui Non NSP*
 une acidocétose : Oui Non NSP*
- 6 TAILLE ACTUELLE DE VOTRE PATIENT : cm
- 7 POIDS ACTUEL DE VOTRE PATIENT : kg
- 8 PRESSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE : mm Hg
- 9 PRESSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE : mm Hg

10 EXISTENCE DE COMPLICATIONS :

	OUI <1AN	OUI >1AN	NON		OUI <1AN	OUI >1AN	NON
Accident vasculaire cérébral (y compris AIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent d'ulcère artériel des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation (orteil ou pied)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance coronaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputation (jambe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention de revascularisation coronaire ou angioplastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baisse majeure de l'acuité visuelle ou cécité unilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention de revascularisation au niveau des MI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baisse majeure de l'acuité visuelle ou cécité bilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de mal perforant plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse ou greffe rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ne Sait Pas

