

# Fiche de Surveillance Hebdomadaire Clinique et de Prévention d'un Patient Insulino-traité âgé de plus de 75 ans

(ART.5 BIS DE LA NGAP)

Identification du Patient (Nom - Prénom):

N°SS : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ // \_ Année :                      Mois :

Poids :                      Taille :                      Objectif Glycémique :

**Semaine 1 (\*)      Semaine 2 (\*)      Semaine 3 (\*)      Semaine 4 (\*)**

Date :                                                                                       

**ETAT GENERAL (\*\*)**

<u>Glycémie Capillaire</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Pression Artérielle</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Pulsations</u>	BPM	BPM	BPM	BPM
<u>Pb alimentaire</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Education du Patient</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**DEPISTAGE DES COMPLICATIONS (\*\*)**

<u>Observance Traitement</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Préparation du Pilulier</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**DEPISTAGE DES COMPLICATIONS (\*\*)**

<u>Hypoglycémies</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Pb Neurologique</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Pb Infectieux</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Pb Cutané (**)</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**SURVEILLANCE DE L'ETAT CUTANE (\*\*\*)**

<u>Parties du Corps examinées</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Pb lié à l'Hygiène</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Pb de Chaussage</u>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**OBSERVATIONS, EDUCATION, CONSEILS (\*\*\*\*)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(\*) Tous les items d'une colonne doivent être renseignés sous peine d'invalidation du Contrat de Santé Publique. (\*\*) Se reporter à la fiche de Transmissions Ciblées (ou à la DSE) si nécessaire. (\*\*\*) Se reporter à la Fiche de Surveillance des Plaies si nécessaire. (\*\*\*\*) En l'absence d'observations, barrer la case sous peine d'invalidation du Contrat de Santé Publique.

<u>Transmission au médecin</u> :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Identification de l'IDEL</u> :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>