



Services de soins du diabète – formule de demande

Nom : _____ Adresse : _____

N° de carte Santé : _____ Médecin de famille : _____

N° de téléphone : _____

Langue maternelle : Anglais Français Autre _____

Depuis quand avez-vous le diabète ou un taux élevé de sucre dans le sang? _____

Avez-vous déjà reçu un enseignement sur le diabète? Oui Non

Comment traitez-vous votre diabète? Alimentation seulement Alimentation et pilules

Alimentation et insuline Alimentation, pilules et insuline

Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) pour votre diabète? Oui

Non

Si oui, quand? _____ Où? _____

Est-ce que vous vous faites traiter pour un des problèmes ci-dessous?

Hypertension Maladie des yeux Taux élevé de cholestérol/triglycérides

Maladie du rein Autre

Type de diabète

Intolérance au glucose Anomalie de la glycémie à jeun Diabète secondaire

Type 1 Type 2 Diabète gestationnel

Autre _____

Ce programme offre des rendez-vous individuels avec des infirmières autorisées, des diététistes professionnelles et des travailleurs sociaux ainsi que des séances de groupe. Qu'est-ce qui vous intéresse? _____

Signature

Date

