

Fiche d'inclusion à remplir par le médecin

Avez-vous remis au patient le document d'information et formulaire de consentement ? Oui Non

Date de signature du consentement éclairé : ___ / ___ / ____ (JJ / MM / AAAA)

Nom du patient : _____ Prénom du patient : _____

N° tel : _____ email : _____ N° SS : _____

Avez-vous vérifié les critères d'inclusion ? Merci de cocher une ou plusieurs cases correspondantes

Attention : un non coché rend le patient non éligible !

Patient atteint d'un diabète de type 2 Oui Non

Parcours de soins complexe Oui Non - Merci de préciser :

Au moins une hospitalisation pour accident ou complication cardio-vasculaire depuis un an

Au moins une hospitalisation > 5 jours en diabétologie depuis un an

Déséquilibre du diabète : HbA1c > 7,5% à 2 reprises malgré les interventions spécialisées¹

Pression artérielle > 140/90 mmHg à 2 reprises malgré les interventions spécialisées¹

Précarité

Différence culturelle

Addiction

Isolement

Difficultés d'observance

Autre :

Avez-vous vérifié les critères d'exclusion ? Merci de cocher une ou plusieurs cases correspondantes

Attention : un OUI coché rend le patient non éligible !

Traitement par insuline moins de 2 ans après le diagnostic Oui Non

Pathologie intercurrente non liée au diabète ni à ses complications réduisant l'espérance de vie à moins d'un an Oui Non

Maladie psychiatrique sévère Oui Non

Projet de déménager dans les 12 mois Oui Non

Impossibilité d'être joint par téléphone Oui Non

Inclusion dans un autre protocole d'étude hors SOPHIA Oui Non

Non maîtrise du français² Oui Non

Femme enceinte ou souhaitant l'être Oui Non

Personne privée de liberté par décision judiciaire ou administrative Oui Non

Personne faisant l'objet d'une mesure de protection légale Oui Non

1. Sexe : F M 2. Date de naissance: ___ / ___ MM/AA 3. Durée connue du diabète : ___ ans

4. Le patient a-t-il une rétinopathie connue ? Oui Non Ne sait pas - Si oui, merci de préciser :

Rétinopathie non proliférante débutante

Rétinopathie non proliférante modérée à sévère

Rétinopathie proliférante

Œdème maculaire

Cécité ou baisse de l'acuité visuelle en raison du diabète

5. Le patient est-il sous Dialyse ? Oui Non Ne sait pas - ou greffé ? Oui Non Ne sait pas

6. Prévention CV secondaire : le patient a-t'il eu un ou une ? (Merci de cocher les cases correspondantes)

6.1 Infarctus du myocarde	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.2 Insuffisance coronaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.3 Insuffisance cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.4 Revascularisation/ angioplastie coronaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.5 Revascularisation/ angioplastie MI	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.6 Ulcère artériel membres inférieurs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.7 Amputation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
6.8 AVC/AIT	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		
7. Grade de risque de lésion des pieds ³	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Non réalisé
8. Votre patient fume-t'il ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		
Si non, merci de préciser :	<input type="checkbox"/> Stoppé < 3 ans		<input type="checkbox"/> Ancien fumeur	<input type="checkbox"/> N'a jamais fumé	

9. Dernière HbA1c connue : Date : ___ / ___ / ____ (JJ/MM/AAAA) Résultat : ___ , ___ % Non renseignée

10. Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance avec les traitements prescrits et les derniers résultats d'analyse biologiques disponibles.

11. J'autorise l'infirmière chargée du suivi à adapter la posologie des ADO et antihypertenseur dans le cadre du protocole défini avec moi lors de la réunion de concertation et après m'en avoir averti oui non

¹ dont diabétologue depuis moins d'un an

² sauf exception motivée par la possibilité d'accompagnement par des personnes parlant le français

³ Grade 0 : sensibilité au monofilament normale, possibilité de déformation non spécifiques - Grade 1 : anomalie de la perception du monofilament, mais ni artérite ni déformation - Grade 2 : anomalie de la perception du monofilament + artérite (au minimum absence de perception de 2 pous à un seul pied) et ou déformation - Grade 3 : antécédents d'amputation ou de lésion des pieds ayant duré au moins 4 semaines