



# Formulaire d'inscription

Centre DIAfit : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Patient :

NOM : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ CP / Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Caisse-maladie : \_\_\_\_\_

## Données médicales

Diabète de type \_\_\_\_\_ Diagnostiqué en : \_\_\_\_\_

### Bilan des complications

Néphropathie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Rétinopathie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Cardiovasculaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Neuropathie :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Pied(s) diabétique(s) : (plaies, hyper-appuis)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

Patient suivi par un cardiologue :  Non  Oui Nom : \_\_\_\_\_

Patient suivi par un diabétologue :  Non  Oui Nom : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il bénéficié d'un dépistage coronarien ces dernières semaines ?  Non  Oui  
*Si oui, merci de joindre une copie des résultats.*

## FRCV

- Tabac  HTA  Obésité  Anamnèse familiale  Dyslipidémie  Sédentarité
- Situation psychosociale stressante

## Bilan existant avant le programme de réadaptation

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Date : \_\_\_\_\_

HbA1c : \_\_\_\_\_ % Date : \_\_\_\_\_

Cholestérol total : \_\_\_\_\_ mmol/l HDL : \_\_\_\_\_ mmol/l Triglycérides : \_\_\_\_\_ mmol/l Date : \_\_\_\_\_

Créatinine : \_\_\_\_\_  $\mu$ mol/l Date : \_\_\_\_\_

Albuminurie / Créatininurie : \_\_\_\_\_ mg/mmol Date : \_\_\_\_\_

### Motif d'inscription

---



---

### Condition physique

										Remarques
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Peu fit

Très fit

### Médication

Médicament	Posologie

### Remarques

---



---



---

*N.B : Dans le cadre de DIAfit, l'HbA1c et les lipides seront mesurés au début et à la fin du programme. Si certaines analyses ou investigations n'ont pu être effectuées récemment (p.ex. ergométrie), nous nous permettrons de les organiser avant le début du programme.*

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Médecin envoyeur  
(timbre + signature)