



Réseau Multidisciplinaire Local de l'Est Francophone

Rue de la Marne 4 • 4800 VERVIERS

Ouverture d'un trajet de soins

Chère Consœur, Cher Confrère,

Mon/ma patient(e)

M./Mme (NOM) (PRENOM)

Date de naissance:

Atteint(e) de: diabète de type II
 insuffisance rénale chronique

Il/elle répond aux critères en vigueur et souhaite conclure un contrat de "TRAJET DE SOINS".

Vous trouverez le contrat ci-joint, signé par mon/ma patient(e) et moi-même, que je vous saurais gré de bien vouloir cosigner.

Puis-je également vous demander d'examiner mon/ma patiente afin de fixer des objectifs thérapeutiques qui vous semblent adéquats dans le cadre de sa pathologie. Actuellement je dispose des paramètres cliniques mentionnés dans le bilan médical annexe.

Veillez agréer, chère Consœur, cher Confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Date:

Cachet:

Dr:

Signature:





Réseau Multidisciplinaire Local de l'Est Francophone

Rue de la Marne 4 • 4800 VERVIERS

Bilan médical initial

Date:/...../.....

Date de naissance:

N° de registre national:

Ancienneté connue du diabète:.....

Antécédents/comorbidités

.....
.....
.....
.....
.....

Hygiène de vie

- **Tabac:** oui - non - a arrêté depuis le:
- **Sédentarité:** oui - non

Paramètres morphologiques et sanguins

- **Taille:** m
- **Poids:** kg
- **BMI:**
- **Chol. total:** g/l
- **Chol. LDL:** g/l
- **HDL Chol.:** g/l
- **HbA1c:** %
- **Triglycérides:** g/l
- **TA:** mmHg
- **Microalbuminurie:** : oui - non - NR¹ 1 Non renseigné

Complications

- **Cardiopathie:** oui - non - NR
- **Rétinopathie:** oui - non - NR
- **Néphropathie:** oui - non - NR
- **Neuropathie:** oui - non - NR
- **Pied diabétique:** oui - non - NR
- **Consultation cardio:** oui - non
- **Consultation ophtalmo:** oui - non

Objectifs de départ

.....
.....
.....
.....
.....



