



## 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 -  NR<sup>1</sup> 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

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





## Médicaments

### *Historique des traitements*

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### *Traitement(s) actuel(s)*

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### *Allergies & intolérances*

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

