

MA MÉDICATION

Assurez-vous d'informer votre médecin de tout problème (tels que les effets secondaires) que vous pouvez avoir avec vos médicaments.

C'est également une bonne idée d'inscrire les réactions aux médicaments que vous prenez:

Médicaments qui m'incommodent ou qui me rendent légèrement malade:

Médicaments que je ne peux pas prendre du tout (auxquels je suis ALLERGIQUE) :

Liste des médicaments que je prends actuellement fournie par mon pharmacien (collez-la ci-dessous) :

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
VOUS POUVEZ FAIRE DES COPIES DE CE FEUILLET

JOURNAL DE SOINS DU DIABÉTIQUE

NOM: _____

Date de naissance: _____

DATE À LAQUELLE J'AI REÇU LE DIAGNOSTIC DE DIABÈTE: _____

Numéro de téléphone auquel on peut me joindre: _____

MON ÉQUIPE DE SOINS DU DIABÈTE:

	Nom	Numéro de téléphone
Médecin de famille		
Nutritionniste		
Éducateur ou infirmière spécialisé en diabète		
Endocrinologue/ spécialiste en diabète		
Optométriste Ophtalmologiste		
Autre:		

SURVEILLANCE

À CHAQUE VISITE (habituellement tous les 3 mois)

EXERCISE PHYSIQUE (recommandation: 150 minutes chaque semaine étalées sur au moins 3 jours)							
Mon objectif:							
Date:							
Résultat:							
REPAS (Recommandation: manger trois repas par jour à des heures régulières, choisir plus de céréales à grains entiers, des légumes et des fruits et consommer moins de matière grasse et de sucre raffiné)							
Mon objectif:							
Date:							
Résultat:							
POIDS (dans le cas d'un excès de poids (IMC ≥ 25), perdre 5% à 10% du poids en l'espace de 6 mois)							
Mon objectif:							
Date:							
Résultat:							
TENSION ARTÉRIELLE — objectif: #130/80							
Date:							
Résultat:							
SUCRE (HBA_{1c}) — objectif: #7							
Date:							
Résultat:							
TABAGISME (Recommandation: NE PAS FUMER)							
Mon objectif:							
Date:							
Résultat:							

ANNUELLEMENT (ou plus souvent, selon les recommandations de votre médecin)

CHOLESTÉROL — Mes objectifs: LDL <2,5; CT/HDL <4,0							
Date:							
LDL							
CT/HDL							
TEST DE LA FONCTION RÉNALE							
Mes objectifs: rapport albumine:créatinine Femme < 2,8 Homme < 2,0							
Date:							
Rap. A/C*							
EXAMEN DES PIEDS							
Date:							
Résultat:							
EXAMEN DES YEUX							
Date:							
Résultat:							
Symboles: U = Normal /objectifs atteints W Anormal							
VACCIN ANTIGRIPPAL							
Date:							

UNE SEULE FOIS**

VACCIN ANTI-PNEUMOCOCCIQUE

Date:

* Rapport albumine:créatinine sur un échantillon d'urine

** Certains patients nécessitent une seconde vaccination antipneumococcique (appelée «revaccination»). Demandez à votre médecin.