



## Services de soins du diabète – formule de demande

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Médecin de famille : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Langue maternelle :  Anglais  Français  Autre \_\_\_\_\_

Depuis quand avez-vous le diabète ou un taux élevé de sucre dans le sang? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu un enseignement sur le diabète?  Oui  Non

Comment traitez-vous votre diabète?  Alimentation seulement  Alimentation et pilules

Alimentation et insuline  Alimentation, pilules et insuline

Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) pour votre diabète?  Oui

Non

Si oui, quand? \_\_\_\_\_ Où? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous vous faites traiter pour un des problèmes ci-dessous?

Hypertension  Maladie des yeux  Taux élevé de cholestérol/triglycérides

Maladie du rein  Autre

### Type de diabète

Intolérance au glucose  Anomalie de la glycémie à jeun  Diabète secondaire

Type 1  Type 2  Diabète gestationnel

Autre \_\_\_\_\_

**Ce programme offre des rendez-vous individuels avec des infirmières autorisées, des diététistes professionnelles et des travailleurs sociaux ainsi que des séances de groupe. Qu'est-ce qui vous intéresse?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*