

Enquête Démographique Initial

1. Sexe ?

- Féminin Masculin

2. Âge ?

_____ ans

5. Quel âge à la découverte de son diabète ?

_____ Ans

3. Poids ?

_____ kg

4. Taille ?

_____ cm

6. Quel est le type de diabète du patient ?

- Type 1
 Type 2
 Gestationnel

8. Quel est le traitement (et depuis combien de temps) ? Plusieurs réponses possibles

- Comprimés (_____ années ou _____ mois)
 Insuline (_____ années ou _____ mois)

10. Combien d'injections au total par jour?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 Plus de 7

1. Quel type d'aiguille le patient utilise-t-il actuellement :

longueur : _____ mm, et gauge : _____ G.

14. Quels sites d'injection utiliser ? Plusieurs réponses possibles

- Abdomen
 Cuisses
 Fesses
 Bras

Enquête Démographique Initial

2. Insuline(s) utilisée(s) par le patient (plusieurs réponses possibles) :

- Insuline humaine rapide
- Analogue rapide
- NPH
- Analogue lent (Levemir [detemir] or Lantus [glargine])
- Mélange insuline rapide / NPH ou analogue rapide / NPH

3. Dose quotidienne totale de chaque insuline utilisée (additionner les unités réellement injectées par jour pour chaque type d'insuline et indiquer le total sur la ligne correspondante)

- Insuline humaine rapide _____ (UI/jour)
- Analogue rapide _____ (UI/jour)
- NPH _____ (UI/jour)
- Analogue lent _____ (UI/jour)
- Mélange insuline rapide ou insuline rapide _____ (UI/jour)

4. Dose quotidienne totale (additionner les valeurs ci-dessus) _____ (UI/jour)

5. Après examen du patient, décrivez l'aspect visuel des zones d'injection (plusieurs réponses possibles) :

	Normal	Présence de lipohypertrophies
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Après palpation, évaluer les zones d'injection et mesurer le diamètre des anomalies en mm :

	Normal	Présence de lipohypertrophie? Si oui, précisez le diamètre (mm)
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mm
Cuisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mm
Fesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mm
Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mm

7. Le patient pratique-t-il une rotation du site à chaque injection ?

- Oui
- Non

8. Demandez au patient de vous montrer ou de vous expliquer comment il pratique la rotation. Selon vous la rotation correcte des sites d'injection est-elle correctement réalisée (l'espace entre une injection et la précédente doit toujours être d'au moins 1 cm) ?

- Oui
- Non

9. Le patient utilise-t-il la même aiguille plus d'une fois ?

- Oui
- Non

10. Si oui, combien de fois le patient réutilise-t-il la même aiguille ?

- 2 fois
- de 3 à 5 fois
- de 6 à 10 fois
- plus de 10 fois

11. Quelle est la dernière valeur d'HbA1c du patient ?

_____ % _____ date

12. Après analyse des valeurs de glycémie du patient, estimez-vous qu'il présente de fréquents épisodes hypoglycémiques inexpliqués* ?

- Oui
- Non

* Un **épisode hypoglycémique** est défini comme la survenue d'au moins un symptôme tels que palpitations, fatigue, transpiration, forte faim, vertiges/étourdissements, tremblements, confirmé par une glycémie mesurée < 60 mg/dl (3,3 mmol/l).

De **fréquents épisodes hypoglycémiques inexpliqués** sont définis comme la survenue d'un épisode hypoglycémique au moins 1 fois par semaine, sans facteur déclenchant identifié tels que modification du traitement, du régime alimentaire ou de l'activité physique

13. Après analyse des valeurs de glycémie du patient, estimez-vous qu'il présente une variabilité glycémique** ?

- Oui
- Non

** Une **variabilité glycémique** est définie par la présence d'oscillations de la glycémie entre < 60 mg/dl (3,3 mmol/l) et > 250 mg/dl (13,9 mmol/l) au moins 3 fois par semaine de façon imprévisible et inexpliquée, et la preuve de l'existence de telles oscillations depuis au moins 6 mois.

Enquête Démographique Initial

17. À la question 14, vous avez cité les sites d'injection que vous utilisez.

Dans le schéma ci-joint, lequel représente le mieux l'étendue de la zone d'injection que vous utilisez :

	ROUGE	BLEU	VERT	GRIS
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) carte postale

c) carte de crédit

b) carte à jouer

d)
timbre

36. Saignements ou des hématomes (bleus) sur le site d'injection ?

- Oui
- Non

38. Fuites d'insuline sur votre peau après l'injection ?

- Oui
- Non

40. Fuites d'insuline à l'extrémité de l'aiguille après l'injection ?

- Oui
- Non

60. Combien de fois dans les 6 derniers mois des hypoglycémies sévères nécessitant l'aide d'un tiers ?

- Aucune
- 1 à 2 fois
- 3 à 5 fois
- Plus de 5 fois

61. Transporter en ambulance ou d'aller à l'hôpital /clinique à l'occasion d'un de épisodes hypoglycémiques ?

- Oui
- Non

62. Combien de contrôles de glycémies?

- Plus de 4 par jour
- 3 à 4 par jour
- 1 à 2 par jour
- Quelques-unes par semaine

QUESTIONNAIRE ≈ Infirmières ≈

**Questionnaire « infirmière »
Pour tous les patients ayant un diabète traités par injections**

1 questionnaire par patient