

NOM DU PATIENT :	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	DATE DE L'ÉVALUATION (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____
TÉLÉPHONE : (____) _____ - _____	COURRIEL :	NOM DE L'ÉVALUATEUR :

Type d'évaluation : Par téléphone En personne En ligne

Antécédents médicaux :

- En quelle année votre diabète a-t-il été diagnostiqué ou depuis combien de temps êtes-vous atteint(e) de diabète?

- Votre diabète est-il un diabète de type 1, de type 2 ou gestationnel? _____
- Autres pathologies : _____
- Médicaments que vous prenez : _____
- Avez-vous des complications liées à votre diabète?
 Rétinopathie Neuropathie Néphropathie
 Autre : _____
- Quelle est votre taille? _____
- Quel est votre poids? _____

Quel est votre thérapie d'insuline actuelle?

- A. Pompe à insuline Marque _____
- B. Injections Nombre d'injections par jour _____

Quelle type d'insuline prenez-vous? Veuillez expliquer votre traitement actuel _____

Avez-vous suivi des cours d'enseignement sur le diabète?

- A. Oui B. Non

Si oui, cochez tous les sujets enseignés au cours des 3 dernières années :

- Indicateurs de glycémie Types d'insuline Calcul des glucides
- Gestion du diabète Traitement par pompe à insuline Surveillance glyc. en continu

Si vous n'utilisiez pas de pompe à insuline avant, qui vous a recommandé un traitement par pompe à insuline (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- A. Vous-même B. Votre prestataire de soins de santé C. Votre famille
- D. Vos amis E. Autre

Vous sentez-vous capable de gérer votre diabète au quotidien?

- A. Oui B. Parfois C. Non

Passez en revue les concepts suivants :

- Administration d'insuline basale/en bolus
- Ratio glucides
- Facteur de correction ou sensibilité à l'insuline
- Glycémie cible
- Débit basal

Avez-vous reçu une formation sur les sujets suivants?

- Soins appropriés pour votre site de perfusion Oui Non
- Traitement de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie (expliquez comment) Oui Non
- Comment réagir en cas d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie Oui Non
- Plan de secours pour les injections d'insuline Oui Non
- Ajustement de l'insuline en cas d'activité physique/utilisation du débit temporaire Oui Non
- Comment utiliser un bolus prolongé ou combiné Oui Non
- Vérification des cétones Oui Non

Vous sentez-vous capable de traiter une hypoglycémie inférieure à 4,0 mmol/L? (Le patient doit pouvoir expliquer comment avec ses propres mots si la réponse choisie est « Oui » ou « Parfois »)

- A. Oui B. Parfois C. Non

Éprouvez-vous des difficultés à reconnaître les symptômes d'une hypoglycémie?

- A. Oui B. Non

Si oui :

Avez-vous reçu un diagnostic d'hypoglycémie asymptomatique?

- Oui Non

Avez-vous déjà dû prendre du glucagon?

- Oui Non

Avez-vous une ordonnance pour le glucagon?

- Oui Non

À partir de quelle valeur de glyc. avez-vous tendance à ressentir des symptômes d'hypoglycémie?

_____ mmol/L

Quels sont vos symptômes d'hypoglycémie? _____

(Pour les patients sous IQM) Avez-vous reçu des instructions sur la façon d'ajuster votre insuline avant de commencer à utiliser votre pompe t:slim X2™?

A. Oui B. Non

Si oui, veuillez expliquer.

Quelles sont vos préoccupations à propos de la thérapie par pompe à insuline? Quels objectifs souhaitez-vous réaliser en passant à une thérapie par pompe à insuline?

Quand aura lieu votre rendez-vous de suivi avec votre médecin ou votre cabinet? _____

Activités réalisées en préparation de la formation (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

Travailler avec un éducateur spécialisé sur les compétences suivantes en matière de gestion du diabète : _____

Consulter le guide d'utilisation

Autre _____

N'oubliez pas d'apporter tous les éléments suivants à votre rendez-vous de formation.

Pompe à insuline t:slim X2

Guide de l'utilisateur

Ensembles de perfusion Type _____

Produits de préparation du site de perfusion

Réservoirs

Flacon d'insuline à action rapide

Indicateur de glycémie Marque _____

Solution saline (si nécessaire)

Apportez au moins 2 ensembles de perfusion et réservoirs

FORMATION PRÉVUE :

DATE DE LA FORMATION (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	NOM DU FORMATEUR :
---	--------------------

REMPLE PAR :

NOM DU FORMATEUR À LA POMPE TANDEM (EN MAJUSCULES)	
SIGNATURE : X	DATE (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____