

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 : _____
---	-----------------------------

REPLI PAR :

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