

## Questionnaire pour Diabète

A être complété par le médecin traitant

### MEDECIN TRAITANT

Nom:

Adresse:

Téléphone :

Email :

Applicant :

Date de naissance :

### INFORMATION MÉDICALE

1- Date du diagnostic du diabète ?

2- Symptômes et valeurs glycémiques au jour du diagnostic

3- Date de la dernière visite du patient à votre clinique :

4- Il y a-t-il :

Coma diabétique

Neuropathie

Maladie du coeur

Maladie du foie

Maladie vasculaire

Rétinopathie

Prière de nous faire part de vos remarques

5- Traitement actuel

Diète

Insuline

Méditation

Combinaison

Prière d'indiquer la posologie

6- La posologie de la méditation a-t-elle été augmentée durant ces dernières années?

7- Indiquer les dates et les résultats des examens de glycémie à jeun

8- Le patient coopère t-il?

9- Le patient n'a-t-il aucune autre maladie?      Oui      Non

Prière de donner des détails si la réponse est positive :

OBSERVATIONS :

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

Date :