

# Diagnostic Educatif Initial



N° ..... Référent P : ..... Date : .....  O  Diab

ALD  CMU  avec complémentaire santé  sans complémentaire santé  Autre

**NOM** ..... **Prénom** ..... N° de Sécurité Sociale : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Médecin traitant : ..... Charte : ..... O/ N

Situation familiale : ..... Enfants .....

Emploi ..... Accompagnant  Envoyé (e) par : .....

## **Bilan médical** : à faire remplir par votre médecin généraliste pour pouvoir débiter la prise en charge PREVAL

(Plan Personnalisé de Santé)

Facteurs de Risques Cardio-Vasculaires Modifiables		FRCV Non Modifiables
<b>Mesures</b> Poids :            Taille :            IMC : Tr de Taille :            Tension Artérielle : <b>BIOLOGIE</b> date : ..... Gly à jeun ..... Chol : ..... HbA1c : ..... HDL : ..... TG : ..... LDL : ..... Micro-albuminurie ..... Clear créat. Calculée..... <b>Habitudes de vie</b> <input type="checkbox"/> Tabac            Sevré..... <input type="checkbox"/> Vaccin (COVID) <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Sédentarité	<input type="checkbox"/> <b>Surpoids</b> <input type="checkbox"/> <b>HTA</b> <input type="checkbox"/> <b>Diabète de type 2</b> <input type="checkbox"/> <b>Diabète de type 1</b> <input type="checkbox"/> <b>Hypercholestérol</b> <input type="checkbox"/> <b>Stress</b>	AGE : ..... SEXE : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <b>Antécédents Médicaux</b> <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> Angor <input type="checkbox"/> Artérite <b>Antécédents familiaux :</b> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> Maladie Cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie Ophtalmologique <input type="checkbox"/> COVID 19

### **Antécédents personnels :**

.....

.....

.....

### **Traitement en cours**

Cholestérol .....  HTA .....

Diabète .....  Dépression.....

Sommeil .....  Apnée du sommeil.....

Autre : .....

### **Orientation envisagée pour votre patient :**

Programme Diabète

Programme Obésité

**Module Mon APA Santé \***

**Signature et cachet du médecin traitant :**            **Date**

### **Modules optionnels complémentaires :**

Module Bien-être

Module Santé et HTA

Module Diététique Pratique

Module Osez Ensemble

\* Cocher cette case certifie que votre patient(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique d'une activité physique

### **Motivation (sera remplie par le professionnel PREVAL)**

Diététique :	<input type="checkbox"/> Déni	<input type="checkbox"/> Dilemme	<input type="checkbox"/> Action	<input type="checkbox"/> Maintien	<input type="checkbox"/> Rechute
Activité physique	<input type="checkbox"/> Déni	<input type="checkbox"/> Dilemme	<input type="checkbox"/> Action	<input type="checkbox"/> Maintien	<input type="checkbox"/> Rechute
Autres (tabac, alcool, stress etc.....) :	<input type="checkbox"/> Déni	<input type="checkbox"/> Dilemme	<input type="checkbox"/> Action	<input type="checkbox"/> Maintien	<input type="checkbox"/> Rechute

**A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL PREVAL**

Référent PREVAL : .....

Date .....



**Bilan infirmier :**

Date : .....

Niveau de risque cardio-vasculaire ressenti par le patient :

Connaissance du traitement

OUI

NON

Observance du traitement

OUI

NON

Possède un appareil de mesure pour  HTA, pour  Diab

OUI

NON

Auto- surveillance

OUI

NON

Score connaissance cardio-vasculaire/diabète avant les ateliers :

Commentaires / Complications éventuelles /Suivi de la maladie :

.....  
.....

Sommeil : .....

Suivi podologique :  Grade 0  Grade 1  Grade 2  Grade 3 Score connaissance : application :

Nécessité de suivi vers un professionnel de santé : .....  Contact  En cours  Réalisé

.....

**Bilan diététique :**

Date : .....

Score : Connaissances diététiques :

Habitudes de consommation :

Comportement alimentaire :

Histoire de la prise pondérale, régime, prise en charge :

.....  
.....  
.....

Objectifs de changement :

.....  
.....  
.....

**Bilan activité physique :**

Date : .....

Niveau d'activité physique :  moins de 10 min/jr  entre 10 et 20 min/jr  plus de 30 min /jr

Loisirs/Inscription club de sport : .....

Commentaires :

.....  
.....

Structure relais envisagée :

Contact

Inscrit

.....

Objectifs de changement

.....  
.....

**Bilan psycho-social :**

Isolement  OUI  NON

Score bien-être :

Score stress : 0 ————— 5 ————— 10

Sore qualité de vie :

Occupations /centre intérêt : .....

Commentaires :

.....  
.....

Nécessité de mettre en place un suivi et une aide / orientation vers structure sociale

Contact  En cours  Réalisé