

TRANSPLANTATION REIN-PANCREAS

QUESTIONNAIRE A REMPLIR ET A REMETTRE AU MEDECIN LORS DE VOTRE CONSULTATION

PATIENT

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____

Profession : _____

Nombre d'enfants : _____

Taille : _____

Poids actuel : _____ Poids il y a 6 mois : _____ Poids maximum : _____

DIABETE

Type de diabète : Type I Mody Type II

A quel âge le diabète a été découvert ? :

Etes-vous traité(e) par de l'insuline ? OUI NON

Si oui, Précisez les doses actuelles d'insuline :

Insuline	Matin	Midi	Soir

Faites-vous des hypoglycémies ? : OUI NON

Si oui, combien d'épisodes d'hypoglycémie faites-vous par mois ? : _____

Si oui, précisez la valeur de la glycémie _____

Avez-vous présenté un coma hypoglycémique ? OUI NON

Si oui, précisez la date : _____

Avez-vous présenté une acidocétose ? OUI NON

Si oui, Précisez la date : _____

Avez-vous contrôlé le dosage de l'hémoglobine glyquée dans les derniers mois? OUI NON

Si oui, précisez la date du dernier contrôle ____/____/____

Si oui, préciser le résultat du dernier contrôle _____

MALADIE RENALE :

Avez-vous une insuffisance rénale chronique? OUI NON

Etes-vous dialysé (e) ? OUI NON

Depuis quand êtes-vous dialysé(e)? _____ / _____ / _____

Si vous êtes dialysé(e), avez-vous une diurèse résiduelle ? OUI NON

Si vous êtes dialysé(e), précisez le type de dialyse : Par fistule Dialyse péritonéale

Si vous êtes dialysé(e), précisez les jours de dialyse :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi

En cas de dialyse par fistule artéro-veineuse :

Précisez la localisation de la fistule : Bras droit Bras gauche Autre _____

Avez-vous présenté une thrombose de la fistule ? OUI NON

En cas de dialyse péritonéale :

Préciser la date de pose du cathéter de dialyse : ____ / ____ / ____

Avez-vous présenté des épisodes d'infection du cathéter ? OUI NON

MALADIES DES YEUX

Avez-vous une rétinopathie diabétique ? : OUI NON

Avez-vous eu des interventions pour la rétinopathie? OUI NON

Si oui, précisez les interventions et leurs dates:

Intervention	Date Œil droit	Date Œil gauche
Laser		
Vitrectomie		
Cataracte		
Autre (Précisez le type d'intervention)		

Votre rétinopathie est actuellement stabilisée ? OUI NON

Avez-vous une cécité ou une baisse visuelle importante? OUI NON

Si oui, de quel côté ? Œil droit Œil gauche

MALADIES DU CŒUR

Etes-vous suivi et traité pour une hypertension artérielle ? OUI NON
Depuis quelle année ?

Etes-vous suivi pour une angine de poitrine ? OUI NON
Avez eu déjà eu un infarctus du myocarde ? OUI NON
Si oui, précisez la date : ____/____/____

Avez-vous déjà eu un pontage coronarien ? OUI NON
Si oui, précisez la date : ____/____/____

Avez-vous des stents coronaires (dans les artères du cœur) ? : OUI NON
Si oui, Combien de stents ?
Si oui, précisez la date de pose du stent : ____/____/____

Avez-vous un pace maker ? OUI NON
Si oui, précisez quand il a été posé : ____/____/____

MALADIES DES VAISSEAUX

Avez-vous des crampes dans les mollets vous stoppant à la marche (artérite) ? :

Avez-vous des stents dans les artères des jambes ?
Si oui, précisez la date de pose des stents : ____/____/____
Si oui, précisez le nombre de stents : ____/____/____
Si oui, précisez de quel côté : Droit Gauche

Avez-vous été opéré au niveau des artères des jambes ? : OUI NON
Si oui, précisez la date de l'intervention : ____/____/____
Si oui, précisez le côté opéré : Droit Gauche

Avez-vous eu des problèmes de mal perforant plantaire ? OUI NON
Si oui, précisez le côté : Droit Gauche
Si oui, précisez la date : ____/____/____
Le problème de mal perforant plantaire a été résolu ? OUI NON

INTERVENTIONS ANTERIEURES

Citez toutes vos interventions antérieures

	Date	Intervention
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
