

A quels ateliers souhaitez-vous participer (A remplir avec l'aide de votre médecin traitant) ?

<p>Ateliers diététiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • N°1 : « J'équilibre mes repas au quotidien » • N°2 : « Je reconnais les glucides et les réparties dans mes repas » • N°3 : « Je mange mieux en mangeant moins gras » <p>Participation du conjoint ou d'un autre membre de la famille?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Ateliers infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Je veux comprendre mon diabète et mon traitement » • « Je surveille mon diabète, j'apprends à gérer l'hypoglycémie et l'hyperglycémie » (<i>manipulation du matériel d'auto - surveillance, technique de la glycémie capillaire, utilisation du carnet de suivi ; reconnaître les signes d'hypoglycémie, apprendre la conduite à tenir...</i>) • « Mon insuline et moi : je choisis et manipule mon matériel, j'apprends à adapter mes doses » • Mise en place et suivi d'une insulinothérapie (en lien avec IDE habituelle) <i>Bilan éducatif et validation à domicile de la qualité de l'autoinjection</i> <p>Nom et coordonnées de l'infirmière habituelle :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Ateliers « soins et surveillance des pieds »</p> <p>Participation du conjoint ou d'un autre membre de la famille?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Groupes de remise en forme « Oser bouger » Joindre un certificat médical d'aptitude à la remise en forme (gymnastique douce, marche à pied)</p> <p>➤ Handicaps éventuels :</p> <p>➤ Epreuve d'effort de moins de 2 ans si terrain à risque ?</p> <p>➤ Epreuve d'effort prévue</p> <p>➤ Fréquence cardiaque de réentraînement cible (déterminée par VO2max ou calculée à partir FMT : 0.5 à 0.7 x (220-âge)) :</p> <p>Participation du conjoint ? (joindre certificat médical d'aptitude à la remise en forme)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Oui Non</p> <p><input type="radio"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="checkbox"/></p> <p>____ /mn</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Aide psychologique : groupe de parole</p>	<p><input type="checkbox"/></p>