

ANNEXE 3

*Bilan-diagnostic podologique initial*BILAN DIAGNOSTIC PODOLOGIQUE INITIAL
PREVENTION CHEZ LE DIABÉTIQUE

Date du bilan :	_____	N° d'immatriculation :	_____
Nom :	_____	Prénom :	_____
Sexe :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____		Réseau diabète: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Médecin généraliste :	_____	Diabétologue :	_____
Diabète type :	_____	Année de diagnostic :	_____
Traitements :	_____		
Antécédents podologiques :	_____		
Autres pathologies :	_____		
Vaccination antitétanique :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Activité professionnelle :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
		Nbre H/J :	_____
Personne aidante à domicile :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Activités physiques (sport, loisirs) :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
		Nbre H/J :	_____
Poids :	_____	Tabac :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Taille :	_____	Nbre cigarettes/J :	_____
Chaussures (défauts/usure) :	_____		
Chaussures de sécurité :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Chaussettes :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Bas/collants :	_____	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Examens des pieds :			
Hygiène :	Bonne <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Mauvaise <input type="checkbox"/>
Pieds :		Chauds <input type="checkbox"/>	Froids <input type="checkbox"/>
Peau :		Lisse <input type="checkbox"/>	Sèche <input type="checkbox"/>
Œdème :		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Couleur :		Normale <input type="checkbox"/>	Cyanosée <input type="checkbox"/>
Mycoses :		Unguéales <input type="checkbox"/>	Interdigitales <input type="checkbox"/>
Mobilité de la cheville :		Normale <input type="checkbox"/>	Réduite <input type="checkbox"/>
Déformations :	Pieds plats <input type="checkbox"/>	Pieds creux <input type="checkbox"/>	Orteils en griffes <input type="checkbox"/>
		Hallux valgus <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) _____
Hyperkératoses :		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>



<u>Tests de sensibilité :</u>	Monofilament : D : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	G : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
	Diapason : D : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	G : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<u>Pouls :</u>	Pédieux : D : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	G : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
	Tibial postérieur : D : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	G : 0	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
<u>Claudication intermittente :</u>			oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>		
<u>Autres examens :</u>	Périmètre de marche(en mètres) : _____							
	Empreintes podoscopiques : _____							
	Notion du risque par le patient :	oui	<input type="checkbox"/>		non	<input type="checkbox"/>		
	souplesse :	oui	<input type="checkbox"/>		non	<input type="checkbox"/>		
	acuité visuelle :	bonne	<input type="checkbox"/>		mauvaise	<input type="checkbox"/>		
	auto examen :	oui	<input type="checkbox"/>		non	<input type="checkbox"/>		
<u>Marche :</u>	Marche :	pieds nus	normale	<input type="checkbox"/>	anormale	<input type="checkbox"/>		
		chaussé	normale	<input type="checkbox"/>	anormale	<input type="checkbox"/>		
<u>Appareillage existant :</u>	Type :	_____			Depuis :	_____		
	Observations :	_____						
<u>Apte à l'auto-surveillance :</u>		oui	<input type="checkbox"/>		non	<input type="checkbox"/>		
<u>Risque podologique :</u>		aucun	<input type="checkbox"/>		neuropathie	<input type="checkbox"/>		
		artéropathie	<input type="checkbox"/>		neuro-ischémie	<input type="checkbox"/>		
<u>Mal perforant plantaire :</u>	Antécédents :	oui	<input type="checkbox"/>		non	<input type="checkbox"/>		
	Actuel :	oui	<input type="checkbox"/>		non	<input type="checkbox"/>		
<u>Traitements podologiques préconisés :</u>	_____							
	Grade :	<input type="checkbox"/>			Nombre de Séances :	<input type="checkbox"/>		
Rappel des grades :	0 : ni neuropathie, ni artérite 1 : neuropathie sensitive isolée, perte de sensation 2 : neuropathie et déformation du pied et/ou artérite 3 : antécédent d'amputation ou d'ulcération							

Cachet du podologue