



SSR PEDIATRIQUE VAL PRÉ VERT

Traitements des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou, 929 Route de Gardanne 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : accueil@creadop-valprevert.com

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

NIVEAU SCOLAIRE :

**DOSSIER MÉDICAL
À REMPLIR PAR
LE MÉDECIN
ENFANTS ET ADOLESCENTS
ATTEINTS DE DIABETE**



SSR PEDIATRIQUE VAL PRÉ VERT

Traitements des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou, 929 Route de Gardanne 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : accueil@creadop-valprevert.com

Chers confrères,

Nous vous prions de bien vouloir remplir le dossier médical des enfants et adolescents diabétiques que vous souhaitez nous adresser. Ce questionnaire nous permettra de les accueillir dans les meilleures conditions.

Dans le cas où une prise en charge de transport serait nécessaire, merci d'établir un bon de transport afin qu'il puisse être remboursé par sa caisse d'assurance maladie.

Une demande d'accord préalable est à adresser aux services de la sécurité sociale.

L'équipe médicale de VAL PRE VERT.

GENERALITES.

	<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
<u>NOM/PRENOM</u>		
<u>ADRESSE</u>		
<u>TELEPHONE</u>		

ADMINISTRATIF

Adressé par

Dr :	Spécialité:
Adresse:	Signature et cachet :

Si le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant :

Médecin traitant :	Signature et cachet :
Adresse:	

Médecin de sante scolaire ou PMI:

Dr :
Adresse:

Décidé par

Enfant Père Mère Médecin Autre :

Objectif(s) spécifique(s) :

ANTECEDENTS PERSONNELS

Allergies

OUI **NON**

Facteur déclenchant :

Alimentaire :

Médicamenteux :.....

Autre :.....

Type de réaction :

Asthme

Rhume des foins

Œdème de Quincke

Urticaire

Choc anaphylactique

Antécédents médicaux

Hospitalisations : motifs :

Transfusion au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Maladie chronique autre que le diabète:

Antécédents chirurgicaux :

Appendicite Autre

HISTORIQUE DE LA MALADIE

- Age de découverte du diabète :
- Les 3 dernières HbA1c (si possible):
- L'enfant ou l'adolescent pratique-t-il l'insulinothérapie fonctionnelle ?
Si non : souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un apprentissage de cette méthode ?
- Difficultés rencontrées :

Traitements en cours :

Pompe à insuline :

- Type d'insuline :

APIDRA *HUMALOG* *NOVORAPID*

Cartouches *Flacons* *stylos*

- Total débit de base sur 24 heures :

	<i>Matin</i>	<i>Midi</i>	<i>Goûter</i>	<i>Diner</i>
<i>Bolus</i>				

- Sensibilité à l'insuline :

- Schéma de remplacement : *LANTUS* *LEVEMIR*

Multi-injections :

	<i>Matin</i>	<i>Midi</i>	<i>Goûter</i>	<i>Soir</i>	
<i>Insuline</i>					
<i>Dose</i>					

	<i>Matin</i>	<i>Soir</i>	
<i>Insuline</i>			
<i>Dose</i>			
<i>Insuline</i>			
<i>Dose</i>			

Autres traitements :

Divers :

Scolarité : Normale Oui Non

Redoublement Classes adaptées (CLIS, SEGPA, Classes à petit effectif...)

Nécessité d'un soutien scolaire Prise en charge par une orthophoniste

A quelle période ?.....

Suivi psychologique Oui Non Prise en charge familiale

Motif :

Nom, adresse et téléphone du psychologue ou du psychiatre :.....

.....

Recommandations vaccinales

Avant son arrivée dans l'établissement l'enfant doit être à jour de ses vaccinations

Vaccin	OUI	NON	Remarque
DTP			
Coqueluche			
ROR			
Hépatite B			
BCG			

CONCLUSION :

