

Bilan diagnostic podologique initial Prévention chez le diabétique

Date du bilan : _____ N°d'immatriculation :
 Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ Réseau diabète : oui non
 Médecin généraliste : _____ Diabétologue : _____

Diabète type : _____ Année de diagnostic : _____
 Traitements : _____
 Antécédents podologiques : _____
 Autres pathologies : _____
 Vaccination antitétanique : _____

Activité professionnelle : oui non
 Nbre H/J : _____
 Personne aidante à domicile : oui non
 Activités physiques (sport, loisirs) : oui non
 Nbre H/J : _____
 Poids : _____ Tabac : oui non
 Taille : _____ Nbre de cigarettes par jour : _____
 Chaussures (défauts/usure) : _____
 Chaussures de sécurité : oui non
 Chaussettes : oui non
 Bas/Collants : oui non

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"/> |
| Hyperkératoses : | | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |



Test de sensibilité :

Monofilament : D : 0 + G : 0 +

Diapason : D : 0 + G : 0 +

Pouls :

Pédieux : D : 0 + G : 0 +

Tibial postérieur : D : 0 + G : 0 +

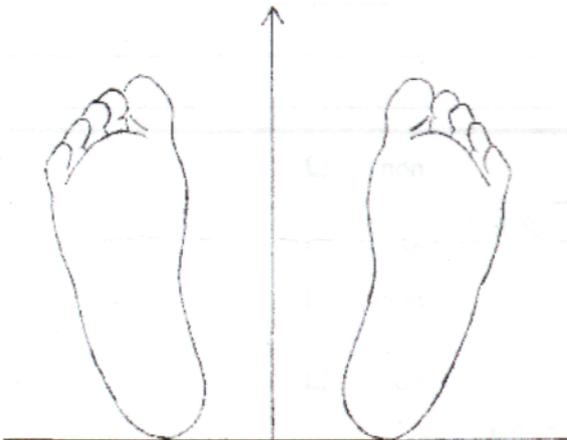
Claudication intermittente :

oui non

Périmètre de marche (en mètres) : _____

Autres examens :

Empreintes podoscopiques : _____



Marche :

Pieds nus : Normale Anormale

Chaussée : Normale Anormale

Notion du risque par le patient :

oui non

Souplesse : oui non

Acuité visuelle : oui non

Auto examen : oui non

Appareillage existant :

Type : _____

Depuis : _____

Observations : _____

Apte à l'autosurveillance :

oui non

Risque podologique :

aucun neuropathie

Artériopathie neuro-ischémie

Mal perforant plantaire :

Antécédents : oui non

Actuel : oui non

Traitements podologiques préconisés :

Grade :

Nombre de séances :

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

Fiche de synthèse du bilan diagnostic podologique

Renseignements socio administratifs

Patient

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

N° de SS : _____

Médecin prescripteur : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Prescription : _____

_____ Date : _____

Type de fiche : Intermédiaire : Finale :

Date de début des soins en prévention : _____

Points significatifs du bilan podologique
éléments médico-chirurgicaux, évaluation clinique et instrumentale, niveau de risque, chaussage, éducatif)

Nbre HJ : _____
Tabac oui non
Nbre de cigarettes par jour : _____

Diagnostic podologique et objectifs delà prise en charge curative, préventive et éducative
(à partir de données du bilan et du projet du patient, à court, moyen et long terme.....)

Projet thérapeutique :
-Principes thérapeutiques de la prise en charge
-Soins proposés
-Conseils de prévention et éducation
-Plan de soins (rythme des séances ...)
-

Suivi du traitement ou compte rendu de fin de traitement
-Résultats – évaluation – ajustement du projet thérapeutique
-Conseils de prévention et éducation
-Observations et/ou difficultés rencontrées
-Conseils donnés au patient
-

Date : _____

Nom – Cachet – Signature du pédicure podologue