

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 non

Médecin généraliste : _____ Diabétologue : _____

Diabète type : _____ Année de diagnostic : _____

Traitements : _____

Antécédents podologiques : _____

Autres pathologies : _____

Vaccination antitétanique : oui non

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 cigarettes/J : _____

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"/>
		Hallux valgus <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) _____
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Hyperkératoses :



<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"/>			
Marche :	pieds nus :	normale	<input type="checkbox"/>	anormale	<input type="checkbox"/>			
	chaussé :	normale	<input type="checkbox"/>	anormale	<input type="checkbox"/>			

Appareillage existant : Type : _____ Depuis : _____
Observations : _____

Apte à l'auto-surveillance : 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

Cachet du podologue