

## Qu'attendez-vous du réseau ?\*

- Bénéficier d'un bilan de situation personnalisé\*\*
- Participer à :
  - un atelier de groupe sur la diététique (plusieurs thèmes)
  - un atelier cuisine
  - un atelier 'Poids et diabète : les bonnes décisions'
  - un atelier sur la connaissance du diabète et de son traitement
  - un atelier sur le parcours de soins et de surveillance
  - un atelier sur l'auto-surveillance glycémique
  - un atelier 'N'ayons plus peur de l'insuline'
  - un atelier sur les soins des pieds
  - un programme de reprise d'une activité physique adaptée
- Accéder à une consultation individuelle avec :
  - un diététicien
  - un éducateur médico-sportif
  - autre
- Je n'ai pas de demande pour cette année

\* Prestations non-payantes (prises en charge financièrement par le réseau)

\*\* Au cours d'un entretien avec un professionnel de santé formé

Commentaires :

Date :

**Ensemble, face au diabète**  
www.revesdiab.fr

Vous pouvez nous contacter au **09 71 53 64 81** (heures ouvrables)

**Revesdiab**  
RÉSEAU DE SANTÉ DIABÈTE

## Questionnaire PPS

**Ce questionnaire, adressé aux patients adhérents du réseau Revesdiab, nous permet d'élaborer votre « Plan Personnalisé de Santé » ou PPS. Ce dernier vous donne accès aux prestations du réseau.**

Vos réponses restent confidentielles. Seuls y ont accès : vous-même, votre médecin traitant, les professionnels de santé impliqués dans votre PPS et la coordination du réseau.

Si vous avez des difficultés à y répondre, demandez à votre médecin ou à un autre soignant de vous aider.

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. Fixe\* : .....

Tél. Portable\* : .....

Votre adresse internet : .....@.....

Votre date de naissance : ..../..../.....

Nom de votre médecin traitant : .....

Pensez à remplir rapidement ce questionnaire et à l'envoyer par courrier à l'adresse postale du réseau :

**Réseau REVESDIAB, 4 rue Octave du Mesnil 94000 Créteil**

**\*Important** : Pour répondre à vos demandes et finaliser votre Plan Personnalisé de Santé, **communiquiez-nous un numéro de téléphone** nous permettant de vous joindre en journée.

■ **Année de découverte de votre diabète :**

■ **Quel est le résultat de votre dernière HbA1c ou hémoglobine glyquée**  
(regardez le résultat de votre dernière prise de sang) :

HbA1c =   %    Date :  /  /

■ **Réalisez-vous vous-même des glycémies au doigt ?**

Oui  Non

■ **Votre poids :**  kg      **Votre taille :**  m

■ **Quel est le résultat de votre dernière prise de tension artérielle par votre médecin ?**

/

■ **Prenez-vous vous-même votre tension avec un appareil à domicile ?**

Oui  Non

■ **Fumez-vous ?** : Oui  Non

■ **Quelle activité physique régulière\* pratiquez-vous ? Combien de temps ?**

\* Par exemple : marche, ménage, jardinage, danse, aquagym, vélo,...

■ **Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois ?**

- pour votre diabète pendant plus de 5 jours  
 pour une maladie cardiaque ou vasculaire

■ **Avez-vous consulté au cours des 12 derniers mois ?**

un diabétologue     un podologue     un cardiologue     un dentiste

■ **Quand avez-vous eu un examen des yeux**

(fond d'œil ou photo du fond d'œil) : Date :  /  /

■ **Etes-vous soigné(e) actuellement pour d'autres maladies ?**

Oui  Non

Si oui lesquelles :

■ **Quel est votre traitement actuel (diabète et autres maladies) ?**

*Vous pouvez joindre une photocopie de votre dernière ordonnance.*

Matin

Midi

Soir

■ **Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise de vos médicaments ?**