



# Moi, ma santé et mon équipe de soins

Faites connaissance avec votre équipe. **Restez en contact.** Préparez-vous à recevoir des soins pour le diabète. Prenez les mesures nécessaires.

Remarques de mon équipe de soins de santé (Vous devez remplir cette fiche chaque fois que vous consultez votre fournisseur de soins de santé)			
Date	Type de fournisseur	Sommaire de la consultation, changements apportés, objectifs fixés	Questions pour les autres fournisseurs de soins
	<input type="checkbox"/> Médecin/infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Diététiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre	<p>Envoyer une note ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Urgent ? <input type="checkbox"/> Oui</p>
	<input type="checkbox"/> Médecin/infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Diététiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre	<p>Envoyer une note ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Urgent ? <input type="checkbox"/> Oui</p>
	<input type="checkbox"/> Médecin/infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Diététiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre	<p>Envoyer une note ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Urgent ? <input type="checkbox"/> Oui</p>
	<input type="checkbox"/> Médecin/infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Diététiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre	<p>Envoyer une note ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Urgent ? <input type="checkbox"/> Oui</p>