

Annexe 2

Feuille pour le suivi des soins chez les patients atteints de diabète

Nom :			Type de diabète : Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			Date de naissance :			Date du diagnostic :		
Facteurs de risque, affections concomitantes						Autosurveillance (discuter avec le patient, inscrire la date et l'endroit au dossier)					
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Maladie coronarienne <input type="checkbox"/> Maladie artérielle périphérique <input type="checkbox"/> Maladie rénale chronique <input type="checkbox"/> Diagnostic de trouble mental <input type="checkbox"/> Syndrome des ovaires polykystiques <input type="checkbox"/> Pied diabétique <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile <input type="checkbox"/> Tabagisme : _____ (date d'arrêt) <input type="checkbox"/> Alcool : _____ (évaluer/discuter)						Objectifs du patient : _____ Obstacles possibles à une autogestion : _____ Formation sur l'autogestion du diabète : _____ <input type="checkbox"/> Prise en charge du poids : Taille : _____ Poids cible : _____ IMC cible : _____ <input type="checkbox"/> Activité physique (exercices aérobiques à raison de 150 minutes/semaine; exercices contre résistance à raison de 2-3 fois/semaine)					
Vaccination											
Grippe (annuelle) Date : _____ Date : _____						<input type="checkbox"/> Comparaison entre le glucomètre et une analyse de laboratoire					
Pneumocoque Date : _____						<input type="checkbox"/> Plan de traitement du patient (y compris la planification d'une grossesse/permis de conduire) _____ Date de la discussion _____					
Visites (tous les 3 à 6 mois)											
Date	TA	Poids	Taux d'HbA _{1c} cible ≤ 7 % ou _____	Commentaires (objectifs, état clinique)	Hypo-glycémie	Antihyperglycémiant / antihypertenseurs pour une protection CV (IECA / ARA / statine / AAS tel qu'indiqué*)					
Examiner les dossiers d'autosurveillance de la glycémie. Objectif : préprandiale de 4 à 7 mmol/L; postprandiale (2 heures après un repas) de 5 à 10 mmol/L (5 à 8 mmol/L si le taux d'HbA _{1c} cible n'est pas atteint)											
Dépister annuellement les complications liées au diabète, ou tel qu'indiqué											
Néphropathie			Neuropathie						Rétinopathie		
Date	RAC	TFGe	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les pieds pour détecter des lésions et des sensations (monofilament de 10 g ou diapason de 128 Hz) • Vérifier s'il y a de la douleur, un dysfonctionnement érectile, des symptômes GI Date : _____ Résultats : _____ Date : _____ Résultats : _____ Date : _____ Résultats : _____						Examen oculaire annuel : Date : _____ Date : _____ Ophtalmologiste/ optométriste : _____		
*Protection vasculaire : <input type="checkbox"/> Statines : âge ≥ 40 ans OU âge > 30 ans et durée du diabète > 15 ans OU lésions aux organes cibles <input type="checkbox"/> IECA/ARA : âge ≥ 55 ans OU lésions aux organes cibles (même en l'absence d'hypertension)			Cibles lipidiques : Si le traitement d'un taux de C-LDL ≤ 2 mmol/L est indiqué						Recherche d'une coronaropathie ECG : _____ ECG à l'effort : _____ Autre : _____		
			Date	Médication	C-LDL	C-HDL	TG	(non C-HDL)	(apo B)		
Voir au verso les objectifs des soins											

Soin	Objectif	Cible visée
Autosurveillance de la glycémie	S'assurer que le patient peut utiliser le glucomètre, interpréter les résultats et modifier son traitement au besoin. Déterminer l'horaire des mesures de la glycémie avec le patient et analyser les résultats.	Glycémie préprandiale (mmol/L) = 4,0 à 7,0 pour la plupart des patients Glycémie postprandiale (2 heures) (mmol/L) = 5,0 à 10,0 pour la plupart des patients; 5,0 à 8,0 si le taux d'HbA _{1c} visé n'est pas atteint
Contrôle de la glycémie	Mesurer le taux d'HbA _{1c} tous les trois mois chez la plupart des adultes. En période de stabilité du traitement et du mode de vie, quand les objectifs glycémiques sont systématiquement atteints, envisager de doser l'HbA _{1c} au moins tous les six mois chez les adultes	HbA _{1c} ≤ 7,0 % pour la plupart des patients . Personnalisé en fonction de l'espérance de vie, de la dépendance fonctionnelle, de la présence d'une maladie coronarienne répandue associée à un risque élevé d'ischémie, de la présence d'affections concomitantes multiples, d'une hypoglycémie récidivante grave, de la non-perception d'une hypoglycémie et d'un diabète de longue date avec incapacité d'atteindre un taux d'HbA _{1c} ≤ 7 % malgré le déploiement de tous les efforts possible (y compris l'intensification de l'insulinothérapie).
Hypoglycémie	Interroger les patients au sujet de l'hypoglycémie à chaque visite. Discuter de la reconnaissance et du traitement de l'hypoglycémie ainsi que du rapport risque/bienfait lié à la prise en charge de l'hypoglycémie et à un traitement pharmacologique.	Éviter l'hypoglycémie, surtout chez les personnes âgées, celles qui n'ont pas été sensibilisées au risque d'hypoglycémie et celles qui répondent aux critères pour l'atteinte de valeurs cibles de la glycémie moins strictes.
Exactitude des résultats du glucomètre	Mesurer la glycémie avec un glucomètre et comparer le résultat à celui obtenu au laboratoire au moins une fois par année et chaque fois que les indicateurs du contrôle de la glycémie ne correspondent pas aux résultats obtenus avec le glucomètre.	Différence d'au plus 20 % entre la glycémie à jeun mesurée avec un glucomètre et celle mesurée au laboratoire.
Hypertension	Mesurer la TA au moment du diagnostic de diabète et à chaque consultation liée au diabète.	< 130/80
Tour de taille	Le tour de taille est un indicateur de l'adiposité abdominale.	Définition de l'obésité centrale : Tour de taille – Hommes : ≥ 102 cm ; femmes : ≥ 88 cm (Amérique du Nord) Tour de taille – Hommes ≥ 94 cm ; femmes ≥ 80 cm (Europe, Moyen-Orient, Afrique subsaharienne, Méditerranée) Tour de taille – Hommes : ≥ 90 cm ; femmes : ≥ 80 cm (Asie; Japon, Amérique du Sud et centrale)
Indice de masse corporelle	Calculer l'IMC (masse en kg/taille en m ²)	Poids santé visé : IMC : 18,5 à 24,9
Nutrition	Présenter la thérapie nutritionnelle (par un diététiste) comme une composante intégrale du traitement et de l'autogestion.	Pour combler les besoins nutritionnels, suivre les recommandations de Bien manger avec le Guide alimentaire canadien.
Activité physique	Encourager le patient à faire des exercices aérobiques et des exercices contre résistance. Évaluer tout patient présentant des risques de complications microvasculaires liées à une MC qui souhaite commencer à faire des exercices plus vigoureux que la marche rapide.	Exercices aérobiques : ≥ 150 minutes/semaine Exercices contre résistance : 3 séances/semaine
Tabagisme	Encourager l'arrêt du tabac à chaque consultation et donner au patient le soutien voulu.	Arrêt du tabac
Néphropathie chronique	Le diagnostic de la néphropathie chronique exige le dépistage de la protéinurie par la détermination du RAC à partir d'un échantillon d'urine aléatoire (2 de 3 échantillons sur une période de 3 mois) et l' évaluation de la fonction rénale par conversion du taux de créatinine sérique en TFGe . Diabète de type 1 : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic de diabète, puis une fois par année par la suite en l'absence de néphropathie chronique. Diabète de type 2 : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis une fois par année en l'absence de néphropathie chronique. En présence de néphropathie chronique, déterminer le RAC et le TFGe au moins tous les 6 mois.	RAC normal (mg/mmol) < 2,0 TFGe normal > 60 mL/min
Rétinopathie	Diabète de type 1 : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic, puis une fois par année. Diabète de type 2 : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis tous les ans ou tous les 1 à 2 ans en l'absence de rétinopathie. L'intervalle du suivi doit être établi en fonction de la gravité de la rétinopathie. Le dépistage doit être fait par un professionnel des soins des yeux expérimenté.	Dépistage et traitement précoces
Neuropathie/examen des pieds	Diabète de type 1 : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic, puis une fois par année. Diabète de type 2 : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis une fois par année. Faire le dépistage de la neuropathie sur le dos du gros orteil avec le monofilament de 10 g de Semmes-Weinstein ou un diapason de 128 Hz. Examen des pieds : rechercher les anomalies structurales, la neuropathie, la maladie vasculaire, les ulcères et les infections.	Dépistage et traitement précoces. En présence de neuropathie : éducation sur le soin des pieds, chaussures spéciales, sevrage du tabac. En présence d'un ulcère : intervention d'une équipe multidisciplinaire ayant les connaissances voulues.
Recherche d'une coronaropathie	Évaluation périodique du risque de coronaropathie : antécédents cardiovasculaires, mode de vie, durée du diabète, fonction sexuelle, obésité abdominale, bilan lipidique, TA, réduction des pouls, bruits, maîtrise de la glycémie, rétinopathie, TFGe, RAC. Effectuer un ECG au repos au départ puis tous les 2 ans dans les cas suivants : âge > 40 ans, âge > 30 ans et durée du diabète > 15 ans, lésions aux organes cibles, facteurs de risque CV.	Protection vasculaire : la priorité pour la prévention des complications du diabète est de réduire le risque cardiovasculaire en protégeant l'appareil vasculaire par une démarche comportant plusieurs facettes. Toutes les personnes diabétiques : optimisation de la TA, de la maîtrise de la glycémie et du mode de vie. Statine dans les cas suivants : âge ≥ 40 ans OU maladie macrovasculaire OU maladie microvasculaire OU longue durée du diabète (durée du diabète > 15 ans et âge > 30 ans) IECA ou ARA dans les cas suivants : âge ≥ 55 ans OU maladie macrovasculaire OU maladie microvasculaire
Dyslipidémie	Mesurer les taux de lipides à jeun (CT, C-HDL, TG et C-LDL calculé) au moment du diagnostic de diabète, puis chaque année si un traitement n'est pas instauré. Si un traitement est amorcé, les mesures doivent être plus fréquentes.	Taux de lipides visés chez les personnes nécessitant un traitement : Principal objectif : C-LDL ≤ 2,0 mmol/L OU réduction d'au moins 50 % Objectif secondaire : apo B ≤ 0,8 g/L OU non C-HDL ≤ 2,6 mmol/L
Objectifs des soins : Les résultats du traitement du diabète sont meilleurs si le principal pourvoyeur de soins : 1) détermine quels patients sont atteints de diabète dans sa pratique; 2) aide les personnes diabétiques à atteindre les objectifs visés; 3) prévoit des consultations axées sur le diabète; 4) utilise un organigramme des soins diabétiques et confirme systématiquement les rendez-vous.		