

GROUPE 4

DIAGNOSTIC EDUCATIF ET EVALUATION

Fiche d'enquête : éducation thérapeutique

Prénom	
Nom :	
...	Religion :
Age :	Origine :
Sexe :	Adresse :
Ethnie :	N° de téléphone :
Situation matrimoniale :	N° de dossier :
Nombre d'enfants :	Date de début suivi :

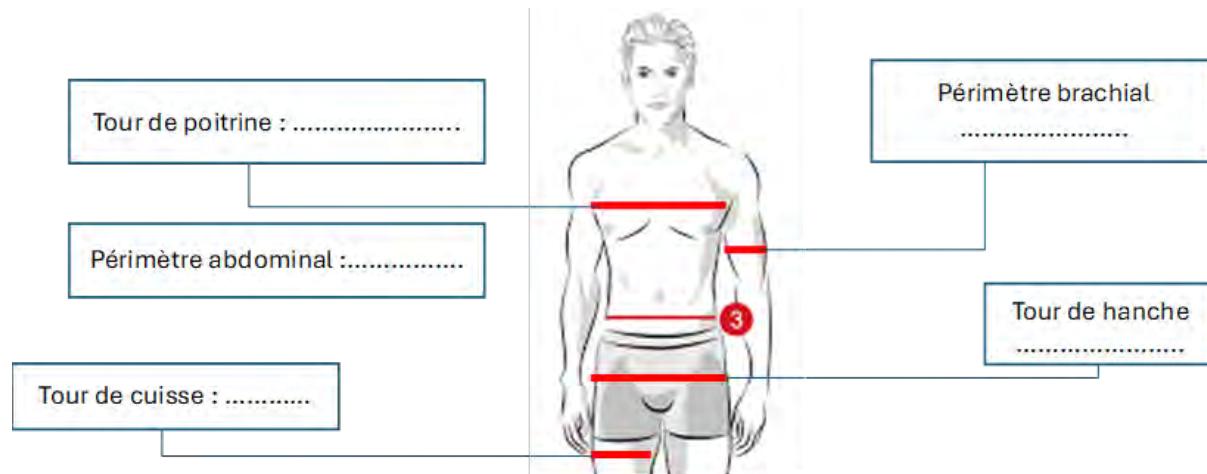
Niveau socio-économique	
Profession :	Tuteur :
Source de revenus :	
Niveau d'instruction	

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analphabète | <input type="checkbox"/> Secondaire |
| <input type="checkbox"/> Ecole coranique | <input type="checkbox"/> Formation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Primaire | <input type="checkbox"/> Universitaire |

Si analphabète : est-ce qu'il sait compter ? Oui non

Cocher	Situations cliniques	Début	Suivi	Traitement	ATCD familial
<input type="checkbox"/>	Diabète (type :....)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	MRC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	Drépanocytose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	Hémophilie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date :		
Renseignements cliniques		
Plaintes :		
Poids =	Taille =	IMC =
TA =	Pls =	Gly =

**MODE DE VIE**

Cocher	Consommation particulière	Type	Quantité	Durée
<input type="checkbox"/>	Tabac			
<input type="checkbox"/>	Pharmacopée			
<input type="checkbox"/>	Alcool			
<input type="checkbox"/>	Autre :			

Activité physique**Activité socio-professionnelle**

Travaillez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si non : Retraité Invalidé Sans profession handicap

Si oui :
Votre profession :
Etes-vous sédentaire pendant que vous travaillez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Histoire du poids

Poids max =	<input type="checkbox"/> Ne connaît pas
Evolution du poids ces 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Prise <input type="checkbox"/> stable

Activité physique

Vous faites une activité physique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui quel genre ?	<input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> jogging <input type="checkbox"/> tâches ménagères <input type="checkbox"/> Un sport (lequel :) <input type="checkbox"/> Autre :	
L'activité physique, est-elle régulière ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Durée de l'activité physique :	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> entre 30 min et 1h <input type="checkbox"/> > 1h	

Enquête alimentaire				
Date :				
Nombre de repas par jour	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Grignotage	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous déjà fait une séance d'éducation thérapeutique :	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Petit déjeuner				
<input type="checkbox"/> Repas régulier <input type="checkbox"/> Repas irrégulier <input type="checkbox"/> Bol familial <input type="checkbox"/> Assiette individuelle			<p>Composez votre assiette</p> Féculent VVPO Légumes/fruits	
Boissons	Quantité	Aliments	Quantité	

Déjeuner				
<input type="checkbox"/> Repas régulier <input type="checkbox"/> Repas irrégulier <input type="checkbox"/> Bol familial <input type="checkbox"/> Assiette individuelle			<p>Composez votre assiette</p> Féculent VVPO Légumes/fruits	
Boissons	Quantité	Aliments	Quantité	

Diner				
<input type="checkbox"/> Repas régulier <input type="checkbox"/> Repas irrégulier <input type="checkbox"/> Bol familial <input type="checkbox"/> Assiette individuelle			<p>Composez votre assiette</p> Féculent VVPO Légumes/fruits	
Boissons	Quantité	Aliments	Quantité	

Motivations	Auto-évaluation du patient		
.....	<input type="checkbox"/> Non satisfait	<input type="checkbox"/> partiellement satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait
.....	<input type="checkbox"/> Non satisfait	<input type="checkbox"/> partiellement satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait

Education	Statut	Date
Les signes de « la maladie »	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
Les complications de « la maladie »	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
Les mesures hygiéno-diététiques	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
Le traitement médicamenteux de « la maladie »	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
L'autosoin	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
« Situations particulières » et la « la maladie »	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
Médecine traditionnelle et « la maladie »	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
.....	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
.....	<input type="checkbox"/> Éduqué	<input type="checkbox"/> Acquis

Thèmes proposés par le patient

1.....	2.....	3.....
4.....	5.....	6.....

Date	Plaintes	Constantes	Mensurations	Alimentation	Ac physique	Conduite à tenir
...../...../202....		TAS =..... TAD =..... Pls =..... Gly =.....	Poids = T. poitrine = P. brachial = P. Abdo =..... T. hanche = T. cuisse =	Nbre de repas :..... Grignotage □ Oui □ Non Respect des conseils □ Oui □ Non	□ Oui □ Non Régularité □ Régulier □ Irrégulier Durée □ < 30 min □ 30 min - 1h □ > 1h	
...../...../202....		TAS =..... TAD =..... Pls =..... Gly =.....	Poids = T. poitrine = P. brachial = P. Abdo =..... T. hanche = T. cuisse =	Nbre de repas :..... Grignotage □ Oui □ Non Respect des conseils □ Oui □ Non	□ Oui □ Non Régularité □ Régulier □ Irrégulier Durée □ < 30 min □ 30 min - 1h □ > 1h	
...../...../202....		TAS =..... TAD =..... Pls =..... Gly =.....	Poids = T. poitrine = P. brachial = P. Abdo =..... T. hanche = T. cuisse =	Nbre de repas :..... Grignotage □ Oui □ Non Respect des conseils □ Oui □ Non	□ Oui □ Non Régularité □ Régulier □ Irrégulier Durée □ < 30 min □ 30 min - 1h □ > 1h	
...../...../202....		TAS =..... TAD =..... Pls =..... Gly =.....	Poids = T. poitrine = P. brachial = P. Abdo =..... T. hanche = T. cuisse =	Nbre de repas :..... Grignotage □ Oui □ Non Respect des conseils □ Oui □ Non	□ Oui □ Non Régularité □ Régulier □ Irrégulier Durée □ < 30 min □ 30 min - 1h □ > 1h	

QUIZZ ETP	
Prénom :	Nom :
Date :	N° dossier
Etes-vous accompagné(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lien de parenté accompagnant

Nº	Questions	Réponses		
<u>C'est quoi « la maladie » ?</u>				
1		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
2		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
3	Autres réponses			
<u>Quels sont les signes de « la maladie » ?</u>				
4		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
5		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
6	Autres réponses			
<u>Comment savoir si on est atteint de « la maladie » ?</u>				
8		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
9		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
10	Autres réponses			
<u>Quelles sont les complications de « la maladie » ?</u>				
12		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
13		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
15	Autres réponses			

Alimentation des Diabétiques

Questions	Réponses		
	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique peut manger des aliments riches en glucide ?	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique ne doit pas manger des aliments lipidiques ?	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le riz contient du sucre	VRAI	Je ne sais pas	Faux
On peut réguler la glycémie par l'alimentation	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique peut manger à volonté	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique peut manger un fruit après chaque repas	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique peut manger les aliments sucrés industriels (yaourt, crème dessert, gâteaux biscuits...)	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le sucre diabétique rend les os fragiles ?	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique peut boire du thé, café, jus ?	VRAI	Je ne sais pas	Faux
Le diabétique doit faire de l'activité physique	VRAI	Je ne sais pas	Faux

Prénom :

Nom :

N° dossier :

Fiche évaluation éducation thérapeutique

Items	Séance N°..... Date : Educateur :			
Généralités	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis
Les signes du diabète	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis
Les signes de cétose	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis
Les signes d'hypoglycémies	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis
La gestion des hypoglycémies	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> Acquisition en cours <input type="checkbox"/> Acquis