

# GROUPE 4

DIAGNOSTIC EDUCATIF ET EVALUATION

Fiche d'enquête : éducation thérapeutique

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

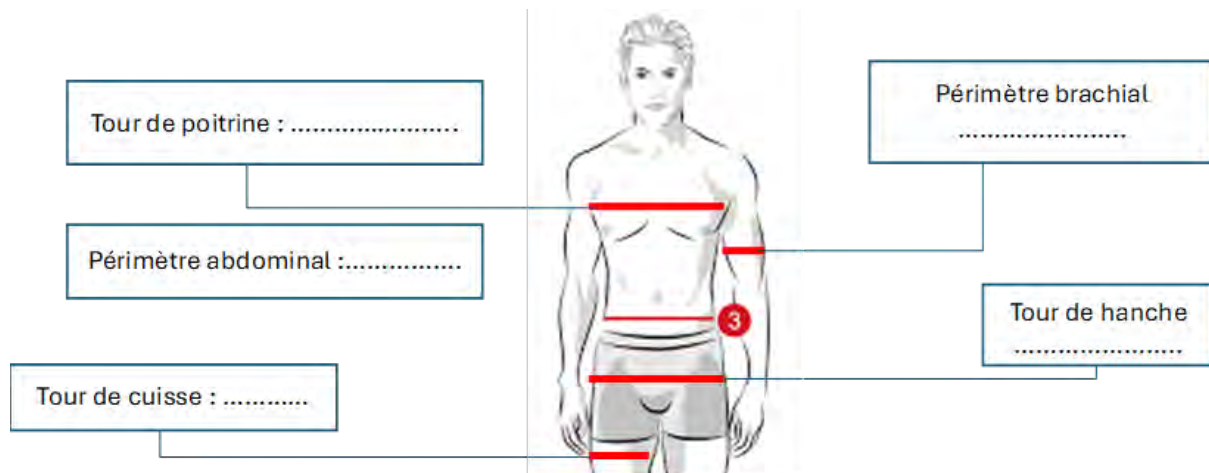
Niveau socio-économique	
Profession : .....	Tuteur : .....
Source de revenus : .....	
Niveau d'instruction	

- |  |  |
|--|--|
| <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 ?

☐ Oui ☐ Non

Si non : ☐ Retraité ☐ Invalide ☐ Sans profession ☐ handicap

Si oui :

Votre profession : .....

Etes-vous sédentaire pendant que vous travaillez ☐ Oui ☐ Non

### Histoire du poids

Poids max =

☐ Ne connaît pas

Evolution du poids ces 6 derniers mois

☐ Perte ☐ Prise ☐ stable

### Activité physique

Vous faites une activité physique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui quel genre ?

☐ Marche ☐ jogging ☐ tâches ménagères  
☐ Un sport (lequel : .....)  
☐ Autre :

L'activité physique, est-elle régulière ?

☐ Oui ☐ Non

Durée de l'activité physique :

☐ < 30 min ☐ entre 30 min et 1h ☐ > 1h

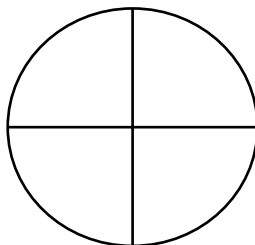
## Enquête alimentaire

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

- ☐ Repas régulier  
☐ Repas irrégulier  
☐ Bol familial  
☐ Assiette individuelle



Composez votre assiette



Féculent



VVPO

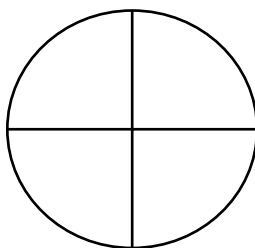
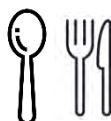


Légumes/fruits

Boissons	Quantité	Aliments	Quantité

## Déjeuner

- ☐ Repas régulier  
☐ Repas irrégulier  
☐ Bol familial  
☐ Assiette individuelle



Composez votre assiette



Féculent



VVPO

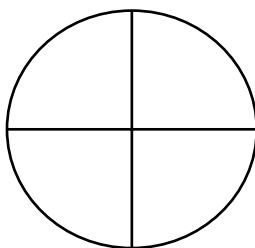


Légumes/fruits

Boissons	Quantité	Aliments	Quantité

## Dîner

- ☐ Repas régulier  
☐ Repas irrégulier  
☐ Bol familial  
☐ Assiette individuelle



Composez votre assiette



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
<b>Les signes de « la maladie »</b>	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
<b>Les complications de « la maladie »</b>	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
<b>Les mesures hygiéno-diététiques</b>	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
<b>Le traitement médicamenteux de « la maladie »</b>	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
<b>L'autosoin</b>	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
<b>« Situations particulières » et la « la maladie »</b>	<input type="checkbox"/> Éduqué <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis	
<b>Médecine traditionnelle et « la maladie »</b>	<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 =.....	Poids = .....	Nbre de repas :.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		TAD =.....	T. poitrine = .....	Grignotage	Régularité	
		Pls =.....	P. brachial = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	
		Gly =.....	P. Abdo =.....	Respect des conseils	Durée	
		T. hanche = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> 30 min - 1h <input type="checkbox"/> > 1h		
...../ ...../ 202....		TAS =.....	Poids = .....	Nbre de repas :.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		TAD =.....	T. poitrine = .....	Grignotage	Régularité	
		Pls =.....	P. brachial = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	
		Gly =.....	P. Abdo =.....	Respect des conseils	Durée	
		T. hanche = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> 30 min - 1h <input type="checkbox"/> > 1h		
...../ ...../ 202....		TAS =.....	Poids = .....	Nbre de repas :.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		TAD =.....	T. poitrine = .....	Grignotage	Régularité	
		Pls = .....	P. brachial = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	
		Gly =.....	P. Abdo =.....	Respect des conseils	Durée	
		T. hanche = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> 30 min - 1h <input type="checkbox"/> > 1h		
...../ ...../ 202....		TAS =.....	Poids = .....	Nbre de repas :.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		TAD =.....	T. poitrine = .....	Grignotage	Régularité	
		Pls = .....	P. brachial = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	
		Gly =.....	P. Abdo =.....	Respect des conseils	Durée	
		T. hanche = .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> 30 min - 1h <input type="checkbox"/> > 1h		

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

N°	Questions	Réponses		
<b><u>C'est quoi « la maladie » ?</u></b>				
1		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
2		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
3	Autres réponses			
<b><u>Quels sont les signes de « la maladie » ?</u></b>				
4		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
5		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
6	Autres réponses			
<b><u>Comment savoir si on est atteint de « la maladie » ?</u></b>				
8		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
9		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
10	Autres réponses			
<b><u>Quelles sont les complications de « la maladie » ?</u></b>				
12		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
13		Vrai	FAUX	Je ne sais pas
15	Autres réponses			

## **Alimentation des Diabétiques**

Questions	Réponses		
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 :	Séance N°..... Date : Educateur :	Séance N°..... Date : Educateur :	Séance N°..... Date : Educateur :
<i>Généralités</i>	<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
<i>Les signes du diabète</i>	<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
<i>Les signes de cétose</i>	<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
<i>Les signes d'hypoglycémies</i>	<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
<i>La gestion des hypoglycémies</i>	<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