

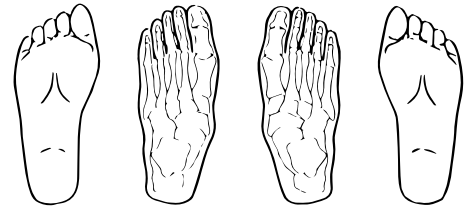
# BILAN INITIAL SOINS PODOLOGIQUES POUR DIABÉTIQUE

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 Commune : ..... Adressé(e) par le docteur : .....  
 Entourage familial :  oui  non - Précisions ..... Auto examen du pied possible :  oui  non  
 Taille : ..... Poids : ..... Profession : .....  
 Activité :  Actif  Sédentaire Marche pieds nus :  oui  non Marche 30 min/jour :  oui  non  
 Type de diabète :  type 1  type 2  type 2 traité par insuline Ancienneté du diabète : ..... ans  
 Dernière HbA1c : ..... % le : ..... Artérite :  oui  non Neuropathie :  oui  non Dialyse :  oui  non  
 Antécédents de plaies chroniques > 3 mois :  oui  non- Description : .....  
 Autres problèmes de santé à signaler : .....

Pied	gauche	droit
Nombre d'orteils	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles statiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déformation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Port d'orthèse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Chaussures adaptées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Peau</b>		
Œdème	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sécheresse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperhydrose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hyperkératose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dermite ocre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Orteils</b>		
Hallux valgus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Griffes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mycoses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Onychomycoses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ongle déformé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ongle incarné	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Lésions</b>		
Crevasse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mal perforant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ischémie/gangrène	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Revasc. - pontage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Revasc. - angioplastie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres lésions	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Renseignements cliniques</b>		
Pouls pédieux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pouls tibiaux postérieurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pied froid	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Monofilament perçu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Localisation des hyperkératoses

Schéma :



Maux perforants plantaires - localisation et description : .....

Anomalie articulaire :  oui  non .....

Dépistage lors de la marche, pieds nus et chaussés, des troubles dynamiques, déroulement du pas, temps d'appui : .....

Besoin d'orthèse :  oui  non

A l'issue de ce bilan initial sont nécessaires : 0 1 2 3 4 5 séances de soins  
ou  une consultation multidisciplinaire pied au CHT.

A .....

le .....

nom/signature/tampon

**Gradation du risque : 0 1 2 3**

Pour tous renseignements :  
**Tél : 26.90.61**  
 cedd@ass.nc  
 16 rue Gallieni, Nouméa

**Programme  
Diabète**



# BILAN DES SÉANCES DE SOINS PODOLOGIQUES POUR DIABÉTIQUE

SÉANCE N° 1 2 3 4 5 (Entourez le bon chiffre)      Nombre de séances prévues : .....

## Patient :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

## Soins effectués :

- › Coupe d'ongle :  oui  non
- › Traitement d'ongles incarnés :  pied gauche     pied droit    Autre : .....
- Prescription de : .....
- › Fraisage des ongles :  oui  non
- › Traitement de mycoses ungueales :  oui  non
- Prescription de : .....
- › Ablation de cors sur : .....
- › Abation de kératoses sur : .....
- › Traitement de plaies :  oui  non
- Prescription de : .....
- › Traitement de fissures talon :  gauche  droit
- Prescription de : .....

## Topographie des lésions :



A ..... ,  
le .....

**A revoir le** (date) .....

Podologue : signature/tampon

Pour tous renseignements :  
**Tél : 26.90.61**  
cedd@ass.nc  
16 rue Gallieni, Nouméa

**Programme**  
**Diabète**



# BILAN FINAL SOINS PODOLOGIQUES POUR DIABÉTIQUE

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Commune : ..... Adressé(e) par le docteur : .....

A l'issue de 1 2 3 4 5 séances de soins, le patient a nécessité :

1.  Coupe d'ongles
2.  Traitement d'ongle incarné : .....
3.  Fraisage des ongles
4.  Traitement de mycoses unguéales
5.  Ablation de cors sur : .....
6.  Ablation de kératoses sur : .....
7.  Traitement de plaies : .....
8.  Traitement de fissures talonnières : .....
9.  Traitement de mal perforant plantaire : .....
10.  Autres : .....

### Gradation du risque : 0 1 2 3

Les pathologies numérotées ci-dessus ont :

- été réduites : n° .....
- améliorées : n° .....
- bien améliorées : n° .....
- disparues : n° .....

Dans le cadre d'un forfait :

- Abandon de forfait
- Pour un suivi optimal, M./Mme .....  
pourrait bénéficier d'un nouveau forfait de soins podologiques, l'année prochaine : .....

A ..... le .....

nom/signature/tampon

Pour tous renseignements :  
**Tél : 26.90.61**  
cedd@ass.nc  
16 rue Gallieni, Nouméa

**Programme  
Diabète**

