



DOSSIER D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DIAPASON 36



Site internet : sante-centre.fr ; site de communauté « DIAPASON 36 »

VERSION JUILLET 2011

SOMMAIRE

- PAGE 3 : SCHÉMA ORGANISATIONNEL PROJET RÉGIONAL ET DIAPASON 36
- PAGE 4 : NOTICE EXPLICATIVE ÉDUCATEUR (*copies des documents à renvoyer*)
- PAGE 5: ORIENTATION DU PATIENT
- PAGES 6 à 11: ENTRETIEN ÉDUCATIF
 - P.6 : IDENTITÉ PATIENT (**FEUILLET 1**)
 - P.7 : CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL
 - P.8 : SAVOIR (maladie)
 - P.9 : VÉCU DE LA MALADIE
 - P.10 : SAVOIR (suivi)
 - P.11 : SUIVI DU DIABÈTE ET TRAITEMENTS
- PAGE 12 : ENGAGEMENT DU PATIENT (**FEUILLET 2**)
- PAGE 13 : CHARTE DU PATIENT (**FEUILLET 3**)
- PAGE 14 : SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC ÉDUCATIF (**FEUILLET 4**)
- PAGE 15 : 1^{ER} CYCLE ÉDUCATIF : ATELIERS ET CONSULTATIONS PRÉCONISÉS
- PAGE 16 : 2^{ÈME} CYCLE ÉDUCATIF : ATELIERS ET CONSULTATIONS PRÉCONISÉS
- PAGE 17: 3^{ÈME} CYCLE ÉDUCATIF: ATELIERS ET CONSULTATIONS PRÉCONISÉS
- PAGES 18 à 20: CONSULTATIONS DIÉTÉTIQUES 1-2-3
- PAGE 21 : FICHE DE BILAN PODOLOGIQUE
- PAGE 22 : FICHE DE SUIVI PODOLOGIQUE
- PAGE 23 et 24 : LISTE DES PROFESSIONNELS : DIÉTÉTICIENNES, PSYCHOLOGUES, TABACOLOGUE, PODOLOGUES



PATIENT

Contacte

SERVICE D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DE PROXIMITÉ

DIAPASON 36

(02.54.53.03 32)

Fiche procédure inclusion patient /

Organisation Secrétariat

Orienté le patient dans le service d'ETP de proximité en fonction de son lieu de vie.

Réalise l'organisation :

- des diagnostics éducatifs,
- des ateliers collectifs,

en fonction des disponibilités des PS de proximité et des lieux identifiés

Contacte la FRAPS pour informer :

- de l'entrée des nouveaux patients dans le dispositif,
- de la réalisation des DE et ateliers,
- des difficultés rencontrées.

Envoie à la FRAPS les bordereaux d'indemnisation transmis par les PS
Transmission au moins 1 fois par mois de l'avancée du projet au secrétariat régional par voie électronique via un tableau Excel de suivi.

Contacte le médecin traitant du patient pour l'informer de son entrée dans le dispositif.

FRAPS

- Pilote régional du projet.
- Réalise l'évaluation régionale du projet.
- Réceptionne l'ensemble des bordereaux d'indemnisation envoyés par les réseaux locaux
- Indemnise les PS.

NOTICE EXPLICATIVE EDUCATEUR

LORS DU 1^{ER} ENTRETIEN (DIAGNOSTIC ÉDUCATIF)

VOUS DEVEZ ENVOYER A L'ADRESSE SUIVANTE :

**CABINET MEDICAL- PROJET DIAPASON 36
96 RUE GRANDE
36000 CHATEAURoux**

OU PAR FAX AU : 02.54.25.04.72

LES COPIES SUIVANTES

1. LA PAGE IDENTITÉ PATIENT (FEUILLET 1)
2. L'ENGAGEMENT DU PATIENT /BILAN ENTRETIENS (FEUILLET 2)
3. LA SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC EDUCATIF (FEUILLET 3)
4. LA CHARTE D'ENGAGEMENT DU PATIENT(FEUILLET 4)

LES ORIGINAUX SERONT CONSERVES DANS LE CLASSEUR DU PATIENT, AINSI QUE LA TRAME DU DIAGNOSTIC EDUCATIF (REPLIE A LA MAIN OU EN LIGNE, *AU CHOIX* (FAIRE UNE COPIE PAPIER POUR VOTRE PROPRE DOSSIER),) ET LA CHARTE DU PATIENT

LORS DES 2EMES ET 3EMES ENTRETIENS, etc (TOUS LES 4 A 6 MOIS) :

L'EQUIPE D'ASCAPROS SE CHARGE, DES RECEPTION DE CES DOCUMENTS :

- **D'ADRESSER UN COURRIER** ET LA SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC EDUCATIF AU MEDECIN TRAITANT
- **DE CONTACTER LE PATIENT POUR SON INSCRIPTION AUX ATELIERS**

TOUS LES MOIS, VOUS DEVEZ ENVOYER A DIAPASON 36 :

VOS BORDEREAUX D'INDEMNISATION (SUIVI D'ACTIVITE)

TOUT LE DOSSIER EDUCATIF, AINSI QUE LES FEUILLETS ET LES BORDEREAUX D'INDEMNISATION, SONT TELECHARGEABLES SUR LE SITE :

sante-centre.fr, espace collaboratif« DIAPASON 36 »
et SONT REMPLISSABLES EN LIGNE AU FORMAT WORD.

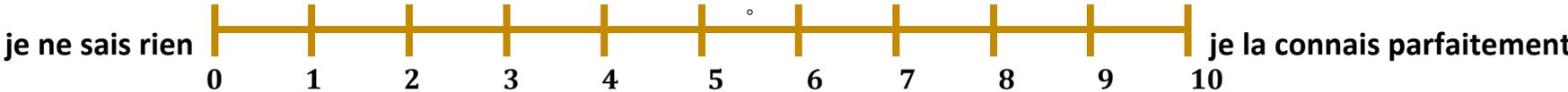
CES DOCUMENTS, S'ILS SONT TRANSMIS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE, LE SERONT PAR VOIE SÉCURISÉE (CPS), SUR SANTE-CENTRE (webmail), à l'adresse suivante : flevitta@sante-centre.fr

**DOCUMENT QUE LE PATIENT, LORS D'UNE CONSULTATION, DOIT FAIRE REMPLIR
PAR SON MÉDECIN TRAITANT**

<input type="checkbox"/> Pré-orientation par un professionnel de santé éducateur (le cas échéant)	Patient Nom : Prénom : N° sec soc : Adresse : N° tél :
Médecin traitant	
Cachet : 	
Date : Signature :	
<p><u>Éléments qu'il vous paraît important de porter à la connaissance de l'éducateur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PRINCIPAUX ANTÉCÉDENTS : - ANNÉE DÉBUT DIABÈTE : - TYPE DIABÈTE : DT1 <input type="checkbox"/> DT2 <input type="checkbox"/> - COMPLICATIONS ÉVENTUELLES: - TRAITEMENTS ACTUELS DU DIABÈTE : - DERNIÈRE HbA1C : % :DATE : / / 20 	
<p>Vous pouvez contacter le secrétariat du service :</p> <p>02.54.53.03.32</p> <p>Renseignements sur sante-centre.fr ; site de communauté « DIAPASON 36 »</p>	

IDENTITÉ PATIENT	E 1: ../../20.. NOM ÉDUCATEUR:	E 2: ../../20.. NOM ÉDUCATEUR:	E 3: ../../20.. NOM ÉDUCATEUR:
À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT			
🍏 NOM 🍏 PRENOM 🍏 SEXE : H : <input type="checkbox"/> F : <input type="checkbox"/>			
🍏 DATE DE NAISSANCE			
🍏 ADRESSÉ À DIAPASON PAR : (NOM - Prénom PROFESSION)			
🍏 N°SECURITE SOCIALE			
🍏 CAISSE DE SECURITE SOCIALE			
🍏 ADRESSE			
🍏 TÉL DOMICILE			
🍏 MÉDECIN TRAITANT (NOM - Prénom-Lieu d'exercice)			
🍏 DIABÉTOLOGUE			
À ADRESSER À DIAPASON 36 (FEUILLET 1)			

PATIENT(initialiales) :	CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL	
1^{er} entretien : .. / .. / 20 ..	2^{ème} entretien: .. / .. / 20 ..	3^{ème} entretien: .. / .. / 20 ..
VIE EN COUPLE ? ENFANTS ?		
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ? NIVEAU D'ÉTUDES ? Satisfaction prof., horaires, trajets, risques hypoglycémie...		
QUELS SONT VOS LOISIRS ?		
ACTIVITÉ PHYSIQUE : SPORTS ? MARCHÉ ? MÉNAGE ? BRICOLAGE ? JARDINAGE ? NB HEURES /SEMAINE ?		
PROCHES INFORMÉS DU DIABÈTE:FAMILLE ? COLLÈGUES ? AMIS ?		
QUELS SONT VOS PROJETS ? (FAMILIAL, PROFESSIONNEL, PERSONNEL)		

PATIENT(initialiales) :	SAVOIR (maladie)	
1^{er} entretien	2^{ème} entretien	3^{ème} entretien
EVA 1 CONNAISSANCE :...../ 10	EVA 1 CONNAISSANCE :...../ 10	EVA 1 CONNAISSANCE :...../ 10
<p align="center">SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10, INDIQUEZ LE NIVEAU DE CONNAISSANCE QUE VOUS PENSEZ AVOIR DE VOTRE MALADIE:</p> <p align="center">  </p>		
<p align="center">Pour vous, qu'est-ce que le diabète ? D'après vous, qu'est-ce qui a provoqué votre diabète ? Connaissez vous des personnes diabétiques dans votre entourage ?</p>		
<p align="center">Si vous deviez passer à l'insuline, comment l'accepteriez-vous?/ Sous insuline, comment se passent vos injections et l'adaptation des doses ?</p>		

PATIENT (initiales) :	VÉCU DE LA MALADIE	
1^{er} entretien	2^{ème} entretien	3^{ème} entretien
EVA 2 : ACCEPTATION :...../ 10	EVA 2 : ACCEPTATION :...../ 10	EVA 2 : ACCEPTATION :...../ 10
<p>SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10, INDIQUEZ COMMENT VOUS ACCEPTEZ GLOBALEMENT VOTRE MALADIE:</p> <p>PAS DU TOUT  TRÈS BIEN</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		
DIFFICULTÉS LIEES AU DIABETE DANS LES RELATIONS PERSONNELLES, FAMILIALES, PROFESSIONNELLES ?		
EVA 3 : DIFFICULTÉS :...../ 10	EVA 3 : DIFFICULTÉS :...../ 10	EVA 3 : DIFFICULTÉS :...../ 10
<p>SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10, INDIQUEZ SI VOUS TROUVEZ FACILE DE VIVRE AVEC VOTRE DIABETE:</p> <p>TRÈS DIFFICILE  TRÈS FACILE</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		

SAVOIR (SUIVI)	1^{er} entretien :	2^{ème} entretien:	3^{ème} entretien:
PATIENT (initiales) :			
MALADIE, SUIVI :			
-Connaissance HbA1C ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE :			
-Pratiquée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Report sur carnet ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Connaissance glycémies cibles avant-après repas ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
HYPOGLYCÉMIE :			
-Nombre/semaine?	0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>
-Cite symptômes ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Sucre sur vous ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AUTO INJECTIONS :			
-Pratiquée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Adaptation des doses d'insuline ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
DIÉTÉTIQUE :			
-Nombre repas par jour :	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>
-Saute des repas ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Grignote?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Boissons sucrées ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Consommation alcool régulière ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Cuisine ses repas ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-Pain-féculent aux 3 repas	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ACTIVITÉ PHYSIQUE :			
Plus de 2h30/semaine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Activité quotidienne	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SURVEILLANCE DU PIED :			
Pratiquée? Main passée dans les chaussures avant de les mettre ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Difficultés physiques surveillance ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

PATIENT (Initiales) :	SUIVI DU DIABÈTE ET TRAITEMENTS		
1 ^{er} entretien	2 ^{ème} entretien	3 ^{ème} entretien	
AVEZ-VOUS EU DES COMPLICATIONS DE VOTRE DIABETE ? AUTRES PROBLEMES DE SANTE? FUMEZ-VOUS ? AVEZ-VOUS DEJA ARRETE DE FUMER ?			
DERNIERE HBA1C :	DERNIERE HBA1C :	DERNIERE HBA1C :	
POURRIEZ-VOUS ME CITER VOS MEDICAMENTS? A QUOI SERVENT- ILS ? VOS INSULINES ?(NOMS ET DOSES) Nb oublis/mois ? (MAX 2)			
SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10, INDIQUEZ LE NIVEAU DE CONNAISSANCES QUE VOUS PENSEZ AVOIR DE VOTRE TRAITEMENT:			
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> je ne sais rien je le connais parfaitement </div>			
EVA 4: connaissance traitement : /10	EVA 4: connaissance traitement : /10	EVA 4: connaissance traitement : /10	
SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10, INDIQUEZ COMMENT VOUS ACCEPTEZ GLOBALEMENT VOS TRAITEMENTS ?			
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> pas du tout très bien </div>			
EVA 5: acceptation traitement : /10	EVA 5: acceptation traitement : /10	EVA 5: acceptation traitement : /10	
SUIVI ÉDUCATIF			
Comment avez-vous vécu les ateliers ? Qu'avez-vous modifié dans vos habitudes depuis que vous faites ce programme d'éducation ? Quels objectifs fixés à l'entretien précédent ont-ils été atteints ?			
Après le 1er cycle :		Après le 2ème cycle :	

Bilan des entretiens avec l'éducateur

NOM ET PRENOM DU PATIENT :

CONTRAT ÉDUCATIF	PREMIER ENTRETIEN	DEUXIÈME ENTRETIEN	TROISIÈME ENTRETIEN
DATE	/ /201	/ /201	/ /201
Nom Éducateur :			
<u>PROJET DU PATIENT</u> Objectifs fixés par le patient (précis et mesurables)			
Atouts du patient pour l'ETP			
Évaluation par l'éducateur* (entourez le chiffre)	+1 +2 +3 +4	+1 +2 +3 +4	+1 +2 +3 +4
Difficultés du patient pour l'ETP			
Évaluation par l'éducateur* (entourez le chiffre)	-1 -2 -3 -4	-1 -2 -3 -4	-1 -2 -3 -4
Signatures	Patient :	Patient :	Patient :
	Educateur :	Educateur :	Educateur :
* 1 : pas du tout ; 2 : un peu ; 3 : plutôt plus ; 4 : beaucoup			

À ADRESSER À DIAPASON 36 (FEUILLET 2)

CHARTE D'ENGAGEMENT DU PATIENT

Les professionnels de santé de DIAPASON 36 se sont formés afin de vous proposer des entretiens et des ateliers éducatifs de qualité.

Ces professionnels prennent sur leur temps de travail auprès d'autres patients pour venir animer les ateliers et comptent sur votre participation.

Nous vous invitons à lire attentivement cette charte avec votre éducateur et à la signer.

En signant le contrat avec le professionnel de santé éducateur, je m'engage :

- à venir aux ateliers et aux rendez-vous fixés d'un commun accord.
- à apporter mon dossier éducatif aux entretiens et aux ateliers.
- à arriver, sauf empêchement, à l'heure.
- à prévenir en cas d'impossibilité au minimum 48 heures avant.
- à respecter la confidentialité et à ne divulguer aucune information portée à ma connaissance concernant les autres patients participant aux ateliers.
- en cas de 2 absences non excusées, j'accepte que l'on me propose de rencontrer un éducateur pour m'entretenir de ma motivation.

Je peux quitter le programme éducatif proposé par DIAPASON 36 à tout moment.

J'accepte que les informations me concernant soient partagées par l'équipe de santé pluridisciplinaire.

J'accepte que les données me concernant soient informatisées* :

Je soussigné(e) M.....déclare avoir pris connaissance de la charte d'engagement du patient et à en accepter les termes.

Fait à Le :

Signature :

Signature de l'éducateur :

*« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation du projet sous forme de données anonymes.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au *Service de coordination DIAPASON 36- 96 rue Grande-36 000 CHÂTEAUROUX*

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

À ADRESSER À DIAPASON 36 (FEUILLET 3)

SYNTHÈSE DIAGNOSTIC EDUCATIF		E 1: .././201. Éducateur:			E 2: .././201. Éducateur:			E 3: .././201. Éducateur:		
Identité	NOM, PRÉNOM, ÂGE									
	FAMILLE/pers.ressource ? (couple ? enfants ?...)									
Actions	PROFESSION (avant retraite)									
	PROJETS DE VIE									
SAVOIR	E.V.A. CONNAISSANCES :	EVA 1: / 10			EVA 1: / 10			EVA 1: / 10		
	ACQUISITIONS :	Acquis	N.A	E.C.A	Acquis	N.A	E.C.A	Acquis	N.A	E.C.A
	Maladie, suivi									
	Traitement									
	Hypoglycémie*									
	Auto-surveillance*									
	Auto Injection, Adaptation*									
	Diététique									
	Activité physique									
	Surveillance pied									
Vécu	ACCEPTATION	EVA 2: / 10			EVA 2: / 10			EVA 2: / 10		
	FACILITÉS	EVA 3: / 10			EVA 3: / 10			EVA 3: / 10		
SUIVI DIABÈTE	DIABÈTE	TYPE DE DIABÈTE : DT 1 <input type="checkbox"/> DT 2 <input type="checkbox"/> ANNÉE DÉBUT :								
	ANTÉCÉDENTS									
	INCIDENTS (hypo-hyper...)									
	COMPLICATIONS									
	HbA1C :	%			%			%		
	CONNAISSANCE TRAITT	EVA 4: / 10			EVA 4: / 10			EVA 4: / 10		
	NOMS DES TRAITEMENTS : (médicaments, insulines...)									
	ACCEPTATION	EVA 5: / 10			EVA 5: / 10			EVA 5: / 10		
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	ATOUS									
	DIFFICULTÉS									
	CYCLE :	1^{ER} CYCLE ÉDUCATIF			2^{ÈME} CYCLE ÉDUCATIF			3^{ÈME} CYCLE ÉDUCATIF		
	OBJECTIFS DU CYCLE PRÉCÉDENT RÉALISÉS									
	VÉCU DE L'ETP (note sur 10)				/10			/10		
	CHANGEMENTS HABITUDES									
	* OBJECTIFS DE SÉCURITÉ									
	OBJECTIFS DU PATIENT : (précis et mesurables)									
	ATELIERS PRÉCONISÉS : (cochez et précisez si besoin)	<input type="checkbox"/> DIET : <input type="checkbox"/> PIED : <input type="checkbox"/> MALADIE : <input type="checkbox"/> INFIRMIERS : <input type="checkbox"/> GPE DE PAROLE <input type="checkbox"/> ACT.PHYS.:			<input type="checkbox"/> DIET : <input type="checkbox"/> PIED : <input type="checkbox"/> MALADIE : <input type="checkbox"/> INFIRMIERS : <input type="checkbox"/> GPE DE PAROLE <input type="checkbox"/> ACT.PHYS.:			<input type="checkbox"/> DIET : <input type="checkbox"/> PIED : <input type="checkbox"/> MALADIE : <input type="checkbox"/> INFIRMIERS : <input type="checkbox"/> GPE DE PAROLE <input type="checkbox"/> ACT.PHYS.:		
	CONSULTATIONS PRÉCONISÉES : (*hors programme)	<input type="checkbox"/> CS DIET : <input type="checkbox"/> CS PSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/> PODO.* <input type="checkbox"/> TABACOLOGUE*			<input type="checkbox"/> CS DIET : <input type="checkbox"/> CS PSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/> PODO.* <input type="checkbox"/> TABACOLOGUE*			<input type="checkbox"/> CS DIET : <input type="checkbox"/> CS PSYCHOLOGUE <input type="checkbox"/> PODO.* <input type="checkbox"/> TABACOLOGUE*		

À ADRESSER COMPLET À DIAPASON 36 (FEUILLET 4)

1 ER CYCLE ÉDUCATIF

- LISTE DES ATELIERS ET CONSULTATIONS PRÉCONISÉS, À SIGNER PAR LES INTERVENANTS

- MÉMOS DES ATELIERS ET CONSULTATIONS

- PRÉ-TESTS ET POST-TESTS DES ATELIERS

PATIENT :		1 ^{ER} CYCLE ÉDUCATIF ENTRETIEN DU / / 201	
ORIENTATIONS PRÉCONISÉES	THÈME	DATE DE RÉALISATION	SIGNATURE DE L'INTERVENANT
- DANS LE CADRE DU PROJET :			
<input type="checkbox"/> ATELIERS DIÉTÉTIQUE <i>(à réaliser dans l'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> 1-EQUILIBRE ALIMENTAIRE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2- GLUCIDES 1	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 3- GLUCIDES 2	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 4- LIPIDES 1	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 5- LIPIDES 2	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 6- ATELIER CUISINE OU REPAS DE FÊTE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER PODOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> SOINS DU PIED NON LÉSÉ	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> SOINS DU PIED LÉSÉ	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER MALADIE : -MÉDECINS+PHARMACIENS :	<input type="checkbox"/> MALADIE DIABÈTE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> MIEUX VIVRE AVEC SON DIABÈTE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> TRAITEMENTS DU DIABÈTE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER PSYCHOLOGUES	<input type="checkbox"/> GROUPE DE PAROLE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIERS INFIRMIERS: <u>OBJECTIFS DE SÉCURITÉ</u> -INFIRMIERS :	<input type="checkbox"/> HYPOGLYCÉMIE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> HYPERGLYCÉMIE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> AUTOSURVEILLANCE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MIEUX FAIRE SON INSULINE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ATELIER ACTIVITÉ PHYSIQUE (KINÉ+INFIRMIER) <i>(à réaliser dans l'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> 1- MIEUX BOUGER	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2- MARCHÉ EN GROUPE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION DIÉTÉTICIEN <i>(RV à prendre par le patient sur liste)</i>	<input type="checkbox"/> 1 ^{ERE} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2 ^{EME} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 3 ^{EME} CONSULTATION	/ / 201	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION PSYCHOLOGUE	<input type="checkbox"/> 1 ^{ERE} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2 ^{EME} CONSULTATION	/ / 201	
- EN DEHORS DU PROJET :			
<input type="checkbox"/> CONSULTATION PODOLOGUE		/ / 201	
<input type="checkbox"/> SEVRAGE TABAGIQUE		/ / 201	

2 ÈME CYCLE ÉDUCATIF

- LISTE DES ATELIERS ET CONSULTATIONS PRÉCONISÉS, À SIGNER PAR LES INTERVENANTS

- MÉMOS DES ATELIERS ET CONSULTATIONS

- PRÉ-TESTS ET POST-TESTS DES ATELIERS

PATIENT :		2ÈME CYCLE ÉDUCATIF ENTRETIEN DU / / 201	
ORIENTATIONS PRÉCONISÉES	THÈME	DATE DE RÉALISATION	SIGNATURE DE L'INTERVENANT
- DANS LE CADRE DU PROJET :			
<input type="checkbox"/> ATELIERS DIÉTÉTIQUE <i>(à réaliser dans l'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> 1-EQUILIBRE ALIMENTAIRE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2- GLUCIDES 1	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 3- GLUCIDES 2	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 4- LIPIDES 1	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 5- LIPIDES 2	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 6- ATELIER CUISINE OU REPAS DE FÊTE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER PODOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> SOINS DU PIED NON LÉSÉ	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> SOINS DU PIED LÉSÉ	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER MALADIE : -MÉDECINS+PHARMACIENS :	<input type="checkbox"/> MALADIE DIABÈTE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> MIEUX VIVRE AVEC SON DIABÈTE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> TRAITEMENTS DU DIABÈTE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER PSYCHOLOGUES	<input type="checkbox"/> GROUPE DE PAROLE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIERS INFIRMIERS: <u>OBJECTIFS DE SÉCURITÉ</u> -INFIRMIERS :	<input type="checkbox"/> HYPOGLYCÉMIE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> HYPERGLYCÉMIE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> AUTOSURVEILLANCE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MIEUX FAIRE SON INSULINE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ATELIER ACTIVITÉ PHYSIQUE (KINÉ+INFIRMIER) <i>(à réaliser dans l'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> 1- MIEUX BOUGER	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2- MARCHÉ EN GROUPE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION DIÉTÉTICIEN <i>(RV à prendre par le patient sur liste)</i>	<input type="checkbox"/> 1 ^{ÈRE} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2 ^{ÈME} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 3 ^{ÈME} CONSULTATION	/ / 201	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION PSYCHOLOGUE	<input type="checkbox"/> 1 ^{ÈRE} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2 ^{ÈME} CONSULTATION	/ / 201	
- EN DEHORS DU PROJET :			
<input type="checkbox"/> CONSULTATION PODOLOGUE		/ / 201	
<input type="checkbox"/> SEVRAGE TABAGIQUE		/ / 201	

3 ÈME CYCLE ÉDUCATIF

- LISTE DES ATELIERS ET CONSULTATIONS PRÉCONISÉS, À SIGNER PAR LES INTERVENANTS

- MÉMOS DES ATELIERS ET CONSULTATIONS

- PRÉ-TESTS ET POST-TESTS DES ATELIERS

PATIENT :		3 ÈME CYCLE ÉDUCATIF ENTRETIEN DU / / 201	
ORIENTATIONS PRÉCONISÉES	THÈME	DATE DE RÉALISATION	SIGNATURE DE L'INTERVENANT
- DANS LE CADRE DU PROJET :			
<input type="checkbox"/> ATELIERS DIÉTÉTIQUE <i>(à réaliser dans l'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> 1-EQUILIBRE ALIMENTAIRE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2- GLUCIDES 1	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 3- GLUCIDES 2	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 4- LIPIDES 1	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 5- LIPIDES 2	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 6- ATELIER CUISINE OU REPAS DE FÊTE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER PODOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> SOINS DU PIED NON LÉSÉ	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> SOINS DU PIED LÉSÉ	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER MALADIE : -MÉDECINS+PHARMACIENS :	<input type="checkbox"/> MALADIE DIABÈTE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> MIEUX VIVRE AVEC SON DIABÈTE	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> TRAITEMENTS DU DIABÈTE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIER PSYCHOLOGUES	<input type="checkbox"/> GROUPE DE PAROLE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> ATELIERS INFIRMIERS: <u>OBJECTIFS DE SÉCURITÉ</u> -INFIRMIERS :	<input type="checkbox"/> HYPOGLYCÉMIE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> HYPERGLYCÉMIE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> AUTOSURVEILLANCE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MIEUX FAIRE SON INSULINE	/ / 201	Acquis <input type="checkbox"/> N.A <input type="checkbox"/> ECA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ATELIER ACTIVITÉ PHYSIQUE (KINÉ+INFIRMIER) <i>(à réaliser dans l'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> 1- MIEUX BOUGER	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2- MARCHÉ EN GROUPE	/ / 201	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION DIÉTÉTICIEN <i>(RV à prendre par le patient sur liste)</i>	<input type="checkbox"/> 1 ^{ÈRE} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2 ^{ÈME} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 3 ^{ÈME} CONSULTATION	/ / 201	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION PSYCHOLOGUE	<input type="checkbox"/> 1 ^{ÈRE} CONSULTATION	/ / 201	
	<input type="checkbox"/> 2 ^{ÈME} CONSULTATION	/ / 201	
- EN DEHORS DU PROJET :			
<input type="checkbox"/> CONSULTATION PODOLOGUE		/ / 201	
<input type="checkbox"/> SEVRAGE TABAGIQUE		/ / 201	

FICHE DE SUIVI DIÉTÉTIQUE N°1 du .././20..

NOM DE LA DIÉTÉTICIENNE :			
NOM DU PATIENT :		PRÉNOM :	
POIDS : kg	TAILLE : , m	Hb A1C : , %	
TRAITEMENT :			
HISTOIRE DU POIDS :			
NOMBRE DE REPAS PAR JOUR 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/>			
	OUI	NON	COMMENTAIRES
SAUTE DES REPAS			
COLLATION			
GRIGNOTE			
PETIT DEJEUNER ÉQUILIBRÉ			
REPAS :			
PRIS SEUL			
EN FAMILLE			
QUI CUISINE ?			
LIEU DU DÉJEUNER :			
DOMICILE			
REPAS APPORTÉ AU TRAVAIL			
RESTAURATION COLLECTIVE			
RESTAURANT			
REPAS EXTÉRIEUR			
REPAS :	HYPER	NORMO	
CALORIQUE			
GLUCIDIQUE			
LIPIDIQUE			
PROTIDIQUE			
OBJECTIFS FIXÉS AVEC LE PATIENT :			
OBJECTIFS ACQUIS ?			
OBJECTIFS À LA FIN DE LA CONSULTATION :			

FICHE DE SUIVI DIÉTÉTIQUE N° 2 du .././20..

NOM DE LA DIÉTÉTICIENNE :			
NOM DU PATIENT :		PRÉNOM :	
POIDS : kg	TAILLE : , m	Hb A1C : , %	
TRAITEMENT :			
HISTOIRE DU POIDS :			
NOMBRE DE REPAS PAR JOUR 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/>			
	OUI	NON	COMMENTAIRES
SAUTE DES REPAS			
COLLATION			
GRIGNOTE			
PETIT DEJEUNER ÉQUILIBRÉ			
REPAS :			
PRIS SEUL			
EN FAMILLE			
QUI CUISINE ?			
LIEU DU DÉJEUNER :			
DOMICILE			
REPAS APPORTÉ AU TRAVAIL			
RESTAURATION COLLECTIVE			
RESTAURANT			
REPAS EXTÉRIEUR			
REPAS :	HYPER	NORMO	HYPO
CALORIQUE			
GLUCIDIQUE			
LIPIDIQUE			
PROTIDIQUE			
OBJECTIFS FIXÉS AVEC LE PATIENT :			
OBJECTIFS ACQUIS ?			
OBJECTIFS À LA FIN DE LA CONSULTATION :			

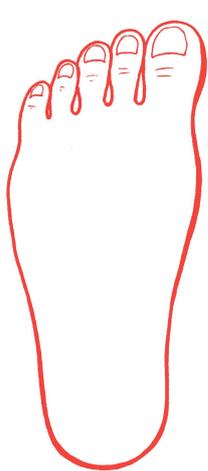
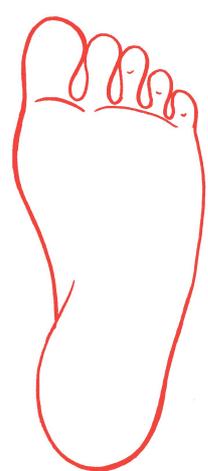
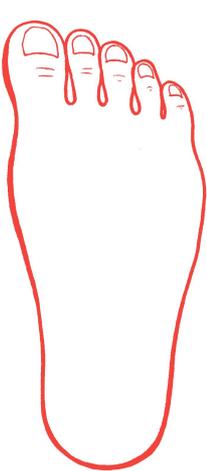
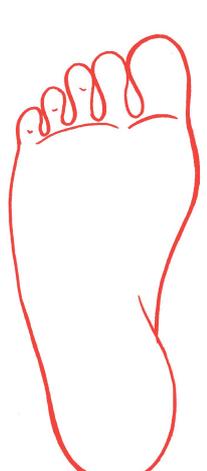
FICHE DE SUIVI DIÉTÉTIQUE N° 3 du ../../20..

NOM DE LA DIÉTÉTICIENNE :			
NOM DU PATIENT :		PRÉNOM :	
POIDS : kg	TAILLE : , m	Hb A1C : , %	
TRAITEMENT :			
HISTOIRE DU POIDS :			
NOMBRE DE REPAS PAR JOUR 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/>			
	OUI	NON	COMMENTAIRES
SAUTE DES REPAS			
COLLATION			
GRIGNOTE			
PETIT DEJEUNER ÉQUILIBRÉ			
REPAS :			
PRIS SEUL			
EN FAMILLE			
QUI CUISINE ?			
LIEU DU DÉJEUNER :			
DOMICILE			
REPAS APPORTÉ AU TRAVAIL			
RESTAURATION COLLECTIVE			
RESTAURANT			
REPAS EXTÉRIEUR			
REPAS :	HYPER	NORMO	HYPO
CALORIQUE			
GLUCIDIQUE			
LIPIDIQUE			
PROTIDIQUE			
OBJECTIFS FIXÉS AVEC LE PATIENT :			
OBJECTIFS ACQUIS ?			
OBJECTIFS À LA FIN DE LA CONSULTATION :			

FICHE DE BILAN PODOLOGIQUE DU .. / .. / 20 ..

NOM - PRÉNOM DU PATIENT :				DATE DE NAISSANCE : .. / .. /	
NOM DU PODOLOGUE :			ANNÉE DÉCOUVERTE DIABÈTE :		
ANTÉCÉDENTS :	<i>cocher ci-dessous</i>	OUI	NON		
ARTERITE CONNUE				ANTÉCÉDENT MAL PERFORANT	
NEUROPATHIE CONNUE				AMPUTATION DES PIEDS	
BILAN PODOLOGIQUE :	<i>cocher ci-dessous</i>	OUI	NON		
BONNE HYGIENE				PARVIENT À TOUCHER SES PIEDS	
BON CHAUSSAGE EN VILLE				AUTO-EXAMEN POSSIBLE	
PIEDS : FROIDS <input type="checkbox"/> CHAUDS <input type="checkbox"/>	PEAU : ROUGE <input type="checkbox"/> CYANOSÉE <input type="checkbox"/> LISSE <input type="checkbox"/>		OEDEMES <input type="checkbox"/> VARICES <input type="checkbox"/> CONTENTION ÉLAST. <input type="checkbox"/> ULCÈRE <input type="checkbox"/>		
ETUDE DE LA MARCHÉ :	CHAUSSÉE :	PIEDS NUS :		ANTIFONGIQUE EN COURS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
				<i>Lequel ?</i>	
				ANTITRANSPIRANT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

EXAMEN DES PIEDS : COCHER LES CASES ET INDIQUER LA LÉSION AVEC L'ABRÉVIATION SUR LE SCHÉMA

PIED GAUCHE	O	N	APPAREILLAGE	O	N	PIED DROIT
 			ORTHÈSES PLANTAIRES			 
			ORTHOPLASTIE			
			ORTHONYXIE			
			ASPECT DE LA PEAU			
			VERRUE PLANTAIRE (VP)			
			HYPERKERATOSE (HK)			
			MYCOSES (M)			
			CREVASSES (C)			
			DÉFORMATIONS			
			HALLUX VALGUS			
			ORTEILS EN GRIFFE (OG)			
			PIED PLAT			
			PIED CREUX			
			AUTRES * : à préciser			
			ONGLES			
			ONYCHOMYCOSE (OM)			
			ONGLE INCARNÉ (OI)			
			LÉSIONS			
			MAL PERFORANT (MP)			
			ISCHÉMIE (I)			
		RISQUE				
		POULS PÉDIEUX PERCUS				
		POULS T.P. PERCUS				
		MONOFILAMENT PERCU				
		DIAPASON PERCU				

CONCLUSIONS DU BILAN PODOLOGIQUE

*AUTRES DÉFORMATIONS :		
GRADE : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	APPAREILS PRÉCONISÉS ?	APTE A L'AUTOSURVEILLANCE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE DE SUIVI PODOLOGIQUE DU .. / .. / 20 ..

NOM - PRÉNOM DU PATIENT :	DATE DE NAISSANCE : .. / .. / ...
----------------------------------	--

NOM DU PODOLOGUE :	ANNÉE DÉCOUVERTE DIABÈTE :
---------------------------	-----------------------------------

BILAN :	OUI	NON		OUI	NON
----------------	------------	------------	--	------------	------------

PORTE SES APPAREILLAGES			AMÉLIORATION MAL PERFORANT		
--------------------------------	--	--	-----------------------------------	--	--

SI NON, POURQUOI ?

EVALUATION :	ACQUIS	NON ACQUIS	EN COURS D'ACQUISITION
ADAPTATION DU CHAUSSAGE			
AUTO SURVEILLANCE			
PREVENTION DES COMPLICATIONS			
SOINS DES PIEDS			

OBJECTIFS À ATTEINDRE :

ATELIERS PRÉCONISÉS :

DIÉTÉTICIENNES DE DIAPASON 36

SECTEUR CHÂTEAUX					
AUSSOURD	Anne-Lise	165 rue Pierre et Marie Curie	CHÂTEAUX	36000	02 54 08 05 45
CHATON	Céline	25 rue Beauséjour	CHÂTEAUX	36000	02 54 07 93 19
MARIE-MAGDELAINE	Cécile	12 route d'Issoudun	DEOLS	36130	06 88 03 78 14
SECTEUR LA CHÂTRE					
DROCHON	Pascale	129 route Nationale	LA CHATRE	36400	02 54 30 78 52
FERRAND	Aline	75 rue Jean Pacton	LA CHATRE	36400	02 54 48 47 28
SECTEUR LE BLANC					
DUPUIS	Marion	6 rue de la République	LE BLANC	36300	02 54 37 83 05
SECTEUR ISSOUDUN					
OUCHET	Adeline	24 rue Pierre Brossolette	ISSOUDUN	36100	02 54 03 16 70

PSYCHOLOGUES DE DIAPASON 36

SECTEUR CHÂTEAUX					
MENARD	Jean-Marc	33 r Jean Jacques Rousseau	CHÂTEAUX	36000	02 54 60 07 03
PROTEAU	M.Christine	41 Bd George Sand	CHÂTEAUX	36000	06 76 47 47 19
ROBERT	Sophie	44 r Indre	CHÂTEAUX	36000	02 54 22 98 28
SECTEUR ARGENTON					
DEVAIVRE	Gaëlle	Le Haut Cluzeau	CHASSENEUIL	36800	02 54 25 28 05
FRIEDRICH	J.François	3 chem Grandes Plantes Villarnoux	CEAULMONT	36200	02 54 24 52 77
SECTEUR LA CHÂTRE					
BERTHON	Alexa	pl de Général de Gaulle Maison de Santé	LA CHATRE	36400	06 79 56 38 34
SECTEUR LE BLANC					
MANCHINI	Catherine	16 cours Turquerie	BUZANCAIS	36500	06 62 51 34 07
SECTEUR ISSOUDUN					
METIVIER	Nadège	10 bd Stalingrad	ISSOUDUN	36100	02 54 21 82 01

CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE

IRSA (Institut inter régional pour la santé)

- www.irsa.asso.fr
- 12 r Albert 1er 36000 CHÂTEAUX
- **Tél : 02 54 08 13 36**

LISTE DES PODODOGUES DE L'INDRE AGRÉÉS PIED DIABÉTIQUE-2010
(soins remboursés grades 2 et 3)

Nom	Prénom	Adresse	CP	Ville	Téléphone
PINARD	Laurent	20, rue de la Poste	36120	ARDENTES	02 54 36 13 02
BOELL	François-Régis	9, rue des Trois Marchands	36500	BUZANCAIS	02 54 02 19 32
TURBELIN	Christine	30, avenue du 11 novembre	36500	BUZANCAIS	02 54 84 14 23
JULIEN-HUMEZ	Sophie	186, avenue des Marins	36000	CHATEAUROUX	02 54 08 08 68
MONDON	Marion	23 bis, place Lafayette	36000	CHATEAUROUX	02 54 34 96 94
MONDON	Philippe	23 bis, place Lafayette	36000	CHATEAUROUX	02 54 34 96 94
CHOQUET	Aurélie	123, av Général de Gaulle	36130	DEOLS	02 54 53 05 23
ROUGET-MIGNE	Annie	3, place Carnot	36130	DEOLS	02 54 08 98 11
JEANNEY	Laurent	12, avenue de la Gare	36240	ECUEILLE	02 54 40 27 33
FRELON	Maud	1, rue des Chaillots	36270	EGUZON CHANTOME	02 54 47 39 15
DABLIN DUFRENE	Claire	70, rue de la République	36100	ISSOUDUN	02 54 21 09 17
QUIVRON	M.Claude	86, rue Nationale	36400	LA CHATRE	02 54 48 53 33
NICOLAS	Emilie	46, rue Albert Chichery	36300	LE BLANC	02 54 28 65 02
DEGROLARD	Cécile	57, rue de la Charbonnière	36330	LE POINCONNET	02 54 35 42 43

LISTE DES PODODOGUES DE L'INDRE NON AGRÉÉS PIED DIABÉTIQUE-2010
(soins non remboursés quelque soit le grade)

Nom	Prénom	Adresse	CP	Ville	Téléphone
CHIPOTEL	J.Marc	8 rue Orjon	36200	ARGENTON	02 54 24 18 62
JACQUET	Cyrille	8 rue Orjon	36200	ARGENTON	02 54 24 18 62
QUINET	Anne	63 bis rue J.Jacques Rousseau	36200	ARGENTON	02 54 01 03 81
ARDISE	Alexandre	34 av du général de Gaulle	36000	CHÂTEAUROUX	02 54 07 73 86
DUCOURTHIAL	Patrick	51 rue Roger Cazala	36000	CHÂTEAUROUX	02 54 22 43 73
FAUGER	Jean-Yves	41 bd George Sand	36000	CHÂTEAUROUX	02 54 27 07 72
L'AZOU	Hervé	5, rue du marché	36000	CHÂTEAUROUX	02 54 34 13 10
LE LAENNEC	Yann	75 av de La Châtre	36000	CHÂTEAUROUX	02 54 60 91 81
PIGNOLO	J.Pierre	59 rue Montaigne	36000	CHÂTEAUROUX	02 54 34 80 09
CARN	Sylvie	29 rue Grande	36700	CHATILLON/INDRE	02 54 38 87 34
BERRETTE	Aline	zone artisanale les Coinchettes	36100	ISSOUDUN	02 54 21 79 96
MINGOT	Lucie	23, rue de St Lazarre	36300	LE BLANC	02 54 28 68 79
BAZIN	Florent	5 bis allée Lourouer les Bois	36330	LE POINCONNET	02 54 08 05 92
DEGROLARD	Odile	57, rue de la Charbonnière	36330	LE POINCONNET	02 54 35 42 43
LESOURDSMITS	Cécile	9 rue de Verdun	36250	ST MAUR	02 54 60 02 63
DE SÈZE	Bénédicte	Prault	36100	SEGRY	02 54 21 95 31
BENIZRI	Sophie	rue Redaud Perraud	36170	ST BENOIT DU SAULT	06 81 30 25 88
BOUCHARDON	Elodie	2 rue anciens combattants	36330	VELLES	02 54 60 15 82