

CARNET DE SUIVI

Le DIABÈTE



**Un Bon Suivi
Pour une
Bonne Santé**

sanofi

Sommaire

Objectifs glycémique?.....	5
Pourquoi surveiller régulièrement ma glycémie?.....	6
Pourquoi surveiller mon hemoglobine glyquée, (HbA1c)?.....	6
Tableau éducation thérapeutique.....	7
Tableau d'auto contrôle glycémique.....	10
Comment mesurer votre glycémie capillaire.....	34
Modes d'injection de l'insuline.....	35
Comment bien faire votre injection d'insuline?.....	37
Conservation de l'insuline.....	39
Symptômes de l'hypoglycémie.....	40
Traitement de l'hypoglycémie.....	41
Vivre sainement.....	43

Renseignements

Nom:

Prénom:

Date de naissance :

Adresse:

.....

Téléphone:

Médecin traitant:

Hôpital et service:

Personnes à prévenir en cas d'urgence (N° de Téléphone):

.....

.....

Mes Objectifs glycémiques*:



Glycémie

à jeun ou
avant le repas

Entre g/l

Et g/l

Glycémie

environ 2 heures
après le repas

Entre g/l

Et g/l

Glycémie

au coucher

Entre g/l

Et g/l

* Fixés par le médecin

Pourquoi surveiller régulièrement ma glycémie?

- **La glycémie** est la mesure du taux de sucre dans le sang; elle varie tout au long de la journée en fonction des repas et / ou du temps écoulé.
- **La surveillance** est indispensable afin de permettre d'avoir des informations sur l'état de la glycémie et de prendre conscience de sa maladie.
Elle permet aussi de :
 - Vérifier l'influence des repas et de l'alimentation sur la glycémie.
 - Surveiller l'influence de l'activité sportive sur la glycémie
 - Prévenir l'apparition d'hypoglycémie et/ou d'acidocétose
 - En cas d'anomalie revenir vers son médecin

Pourquoi surveiller mon hémoglobine glyquée, (HbA1c)?

- **L'hémoglobine glyquée (HbA1c)** est une valeur biologique permettant de déterminer la concentration de sucre dans le sang, sur 3 mois.
- **Son dosage régulier, reflète l'équilibre moyen des glycémies sur les 3 mois.**
Un bon contrôle de la glycémie permet de baisser l'HbA1c, et de réduire le risque de développer les complications liées au diabète (Oculaire, rénale, vasculaire, et nerveuse...).

Education thérapeutique

	1ère Visite Date:...../...../.....		2ème Visite (3mois) Date:...../...../.....	
	Médecin		Médecin	
Bilan HbA 1c	Fait le :...../...../.....		Fait le :...../...../.....	
	Résultat:		Résultat:	
Séances d'éducatons	<i>Séances Obligatoires</i>	<i>Séances réalisées</i>	<i>Séances de Rattrapage</i>	<i>Séances Réalisées</i>
Diabète et complications	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Hypoglycémie et Hyperglycémie	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Auto contrôle glycémique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diététique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Pied diabétique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diabète et voyage	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Activité physique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diabète au quotidien	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....

Education thérapeutique

	1ère Visite Date:...../...../.....		2ème Visite (3mois) Date:...../...../.....	
	Médecin		Médecin	
Bilan HbA 1c	Fait le :...../...../.....		Fait le :...../...../.....	
	Résultat:		Résultat:	
Séances d'éductions	Séances Obligatoires	Séances réalisées	Séances de Rattrapage	Séances Réalisées
Diabète et complications	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Hypoglycémie et Hyperglycémie	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Auto contrôle glycémique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diététique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Pied diabétique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diabète et voyage	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Activité physique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diabète au quotidien	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....

Education thérapeutique

	1ère Visite Date:...../...../.....		2ème Visite (3mois) Date:...../...../.....	
	Médecin		Médecin	
Bilan HbA 1c	Fait le :...../...../..... Résultat:		Fait le :...../...../..... Résultat:	
Séances d'éducatons	Séances Obligatoires	Séances réalisées	Séances de Rattrapage	Séances Réalisées
Diabète et complications	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Hypoglycémie et Hyperglycémie	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Auto contrôle glycémique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diététique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Pied diabétique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diabète et voyage	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Activité physique	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diabète au quotidien	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>/...../.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 1.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le diner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 2.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 3.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 4.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 5.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le diner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 6.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le diner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 7.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le diner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 8.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 9.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 10.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 11.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

.....

.....

.....

Tableau d'auto contrôle glycémique

Date :

Semaine 12.

M A T I N

	Glycémie au réveil	Dose du matin*	Glycémie pendant la matinée	Glycémie avant le déjeuner
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Observation: Noter tout événement inhabituel et l'heure de

.....

.....

.....

* Dose d'Insuline à injecter

APRÈS MIDI

Dose du déjeuner*	Glycémie de l'après-midi	Glycémie avant le dîner

SOIR ET NUIT

Dose du soir*	Glycémie en soirée	Dose au coucher*	Glycémie de la nuit

survenue [infection, alimentation, émotion, sport...]

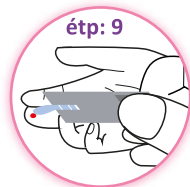
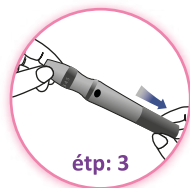
.....

.....

.....

Comment mesurer votre glycémie capillaire?

- 1 Se laver les mains à l'eau tiède savonneuse et bien les essuyer. Ne pas utiliser d'alcool.
- 2 Préparer le matériel.
- 3 Insérer une nouvelle lancette dans l'autopiqueur et l'armer.
- 4 Vérifier les dates d'expiration sur le contenant des bandelettes
- 5 Sortir une bandelette réactive.
- 6 Insérer la bandelette dans le support à bandelettes
- 7 Appliquer fermement l'embout de l'autopiqueur sur le côté du bout d'un doigt et appuyer sur le bouton de déclenchement (changer de doigt à chaque fois).
- 8 Après avoir effectué la piqûre, abaisser la main et faire une ou plusieurs pressions de la base du doigt vers son extrémité pour en extraire une goutte
- 9 Approcher la goutte de sang jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment près pour être aspirée par la partie réactive de la bandelette.
- 10 Presser le site où vous avez fait la piqûre avec un mouchoir de papier
- 11 Attendre l'affichage du résultat et l'inscrire dans le carnet d'auto contrôle.



Type your text

Modes d'injection de l'insuline

Technique de préparation et d'injection de l'insuline avec un stylo injecteur

1 *Préparation du matériel*

- 1 Se laver les mains à l'eau savonneuse. Bien rincer et sécher
- 2 Préparer le matériel : Stylo injecteur , aiguille, tampon d'alcool, ouate ou compresse sèche.
- 3 Vérifier le type, l'aspect de l'insuline et la quantité restante dans la cartouche.
- 4 L'insuline doit être utilisée à température ambiante.
- 5 Vérifier la date d'expiration sur l'étiquette indiquée par le fabricant ainsi que celle de la première utilisation.

Modes d'injection de l'insuline

2 Préparation et sélection de la dose d'insuline

- L'insuline doit être mélangée en inversant le stylo de haut en bas, une dizaine de fois.
Éviter d'agiter fortement le stylo pour ne pas abîmer l'insuline.
- Vérifier l'écoulement de l'insuline en tournant le sélecteur de dose du stylo jusqu'à 1 ou 2 et pousser sur le bouton d'injection, l'aiguille pointée vers le haut. quelques gouttes d'insuline doivent apparaître au bout de l'aiguille. Sinon, répéter cette étape.
- Sélectionner la dose en tournant le bouton jusqu'au nombre d'unités d'insuline prescrites.
- Lorsque la dose d'insuline dépasse 50 unités, il est conseillé de fractionner la dose en 2 parties.

Comment bien faire votre injection d'insuline?

1 Où injecter?

Lavez vos mains à l'eau tiède et au savon, rincez et séchez soigneusement.



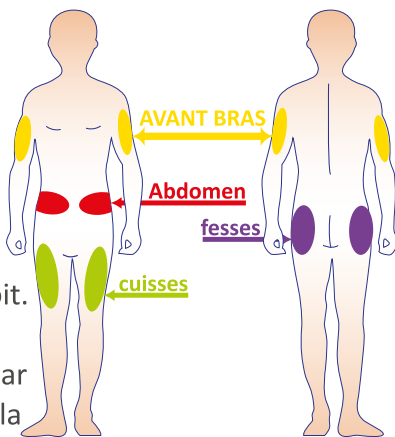
Desinfectez l'endroit de l'injection.

Dans le ventre ou les cuisses (avec pli), dans les fesses (sans pli), dans les bras.

Suivez un programme d'injection en rotation pour ne pas faire vos injections toujours au même endroit.

Si vous faites plus d'une injection par jour, il est recommandé de garder la même zone d'injection (bras, cuisses...) à la même heure chaque horaire, tout en espaçant de deux travers de doigts à chaque fois.

Cela permet de réduire le risque de formation de lipodystrophie.



Comment bien faire votre injection d'insuline?

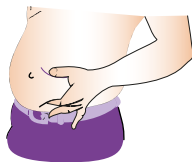


A retenir

Pli correct: soulever délicatement le pli de la peau sans emmener le muscle

4 Comment injecter?

● Perpendiculaire à la peau, au sommet d'un large pli pincé entre le pouce et l'index.



● Ou en oblique à la base d'un pli cutané.



● Tenir le pli pendant l'injection

● Pousser doucement sur le bouton du stylo (à zéro) pour injecter complètement la dose



● Comptez jusqu'à 10 à la fin de l'injection avant de retirer l'aiguille.

4 Après injection:

● Retirez l'aiguille

Conservation de l'insuline

- Une insuline entamée pourra être conservée à température ambiante au maximum 4 semaines à l'abri de la chaleur ou de la lumière directe.
- Eviter de la laisser derrière une fenêtre, sur table du jardin, près du radiateur...
Il suffit de mettre à l'abri votre (flacon, stylo...) d'insuline dans une trousse ou tiroir loin des sources directes de chaleur.
- L'insuline non entamée doit être conservée au réfrigérateur
Ne pas congeler (Exemple: dans le bac à légumes du réfrigérateur)

Symptômes de l'hypoglycémie



**CHANGEMENT D'HUMEUR
SOUDAIN**



**ALTÉRATION DE LA VUE
(Vision floue ou double)**



TRANSPIRATION



MAUX DE TÊTE



ÉTOURDISSEMENTS



FAIBLESSE, FATIGUE



TREMBLEMENTS



FRINGALE SUBITE

Traitement de l'hypoglycémie

Que faire si vous présentez les symptômes d'hypoglycémie?

Traitement de l'hypoglycémie (personne consciente)

Cessez toute activité

Mesurez si possible rapidement la glycémie capillaire

prenez du sucre en fonction du taux de la glycémie retrouvé (D'abord avec des sucres rapides)
Ex : 3 à 4 morceaux de sucre dissous dans l'eau
3 à 4 cuillerées à thé de miel ou confitures

vérifier la glycémie 15 minutes après le ressucrage

Si la glycémie est moins de 0,7g/l

- Prendre à nouveau 15g de glucides
Ex : 1/2 tasse de boisson gazeuse ou de jus de fruit

Si 0,7g/l et plus

- Prendre sa collation ou son repas habituel
- Si l'un ou l'autre est prévu dans plus d'une heure, prendre une collation
Ex : Tartine de pain beurrée ou fromage ; biscuit avec du lait

Traitement de l'hypoglycémie

La conduite à tenir devant un patient diabétique connu ayant perdu connaissance?

Traitement de l'hypoglycémie (personne inconsciente)



Faire coucher le patient sur le côté



Si possible, lui mesurer la glycémie le plus rapidement possible



Ressucrer par la bouche si possible
Eviter de le faire boire et manger si l'état d'inconscience persiste



L'adresser immédiatement aux urgences ou
contacter son médecin



**Il est nécessaire de consulter votre
médecin**

Vivre Sainement

Pratiquez régulièrement un peu d'exercice physique



La pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min. environ, 3 fois par semaine.

Alimentation saine



Un régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale).

sanofi

Sanofi-Aventis Maroc Route de Rabat R.P 1, Ain Sebaa. 20250 Casablanca Maroc
Tél : 00 212 522 66 90 00 www.sanofi.ma
Information Médicale : informed.MCO@sanofi.com
Pharmacovigilance : ptarmacovigilance.maroc@sanofi.com