

# Registre Belge du Diabète

1/2

## Nouveau patient diabétique 0-39 ans

de préférence < 1 semaine, en tous cas < 18 mois après le diagnostic

**INITIALES**  
(prénom et nom)

--	--	--	--

**SEXE**

 masculin

 féminin

**LANGUE**

 néerlandais

 français

**DATE DE NAISSANCE**

jour	mois	an

**DATE DU PRELEVEMENT**

jour	mois	an

**ETHNICITE/ORIGINE**

Patient

Père

Mère

caucasienne européenne




caucasienne nord-africaine




autre (spécifiez)




**Cachet du médecin**

**Prélèvement**

**COLLEZ ICI UNE  
ETIQUETTE DE LA  
DEMANDE  
D'ANALYSES**

**DATE DU DIAGNOSTIC**

jour	mois	an

**DATE DE LA PREMIERE  
INJECTION D'INSULINE**

jour	mois	an

**CLASSIFICATION CLINIQUE** (au diagnostic)

type 1

diabète gestationnel

type 2

diabète secondaire

non-classifié

autre (spécifiez)

**SYMPTOMES** (au diagnostic)

oui

non

polydipsie et/ou polyurie



perte de poids



\_\_\_\_\_ kg

fatigue



trouble de la conscience



infection, spécifiez



nihil



durée des symptômes

--	--

semaines

**DONNEES ANTHROPOMETRIQUES** (\*) X si inconnues

**A/ RAPPORTEES**

**Poids à la naissance** (\*)

--

g

**Poids à l'âge de 18 ans** (\*)

--

kg

**B/ MESUREES**

**Taille actuelle** (\*)

--

cm

**Tour de taille actuel** (\*)

--

cm

**Poids actuel** (\*)

--

kg

**Tour de hanches actuel** (\*)

--

cm

**DONNEES BIOLOGIQUES au diagnostic** (\*) X si inconnues

**Glycémie** (\*)

--

mg/dL

à jeun

random

**pH** (\*)

--

**Bicarbonate** (\*)

--

mmol/L

**HbA<sub>1c</sub>** (\*)

--

%

valeurs de référence (\*)

--

à

--

%

**C-peptide** (\*)

--

à jeun / avant stimulation

valeurs de référence (\*)

--

à

--

--

random / après stimulation

pmol/mL ou nmol/L

ng/mL ou µg/L

**Corps  
cétoniques**

URINES ou SANG (°):  nég  +  ++  +++  inconnu

(°) biffer la mention inutile

**INITIALES**  
(prénom et nom)

--	--	--	--

**DATE DE NAISSANCE**

jour	mois	an

**TRAITEMENT ACTUEL**

type, spécifiez

dose journalière

insuline 1	<input type="checkbox"/>	:	.....	<input type="text"/>	unités
insuline 2	<input type="checkbox"/>	:	.....	<input type="text"/>	unités
insuline 3	<input type="checkbox"/>	:	.....	<input type="text"/>	unités
				<input type="text"/>	nombre d'injections
pompe à insuline	<input type="checkbox"/>	:	.....	<input type="text"/>	unités
antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/>	:	.....		
régime seul	<input type="checkbox"/>				

**AUTRES AFFECTIONS D'ORIGINE AUTOIMMUNITAIRE**

non  oui, spécifiez

.....  
.....  
.....

**AUTRES AUTOANTICORPS**

non  oui, spécifiez

.....  
.....  
.....

**APPARENTES AU PREMIER DEGREE**

nombre total d'apparentés (parents, frères/sœurs, enfants) =

PAS d'autres apparentés diabétiques  
 D'AUTRES apparentés diabétiques

parenté (°)	date de naissance (jour/mois/an)	type de diabète (*)	année du diagnostic	parenté (°)	date de naissance (jour/mois/an)	type de diabète (*)	année du diagnostic
<input type="checkbox"/> père	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> mère	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> frère	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> sœur	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> frère	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> sœur	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> fils	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> fille	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> fils	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> fille	.....	.....	.....

(°) **Si hémiparentèle**

- 1 même père  
2 même mère  
3 demi-parent

(\*) **Etat du diabète**

- 0 pas de diabète  
1 type 1  
2 type 2, pas d'insuline  
3 type 2, insulino-requérant  
4 diabète, type inconnu  
X inconnu

**REMARQUES**

.....  
.....  
.....  
.....