

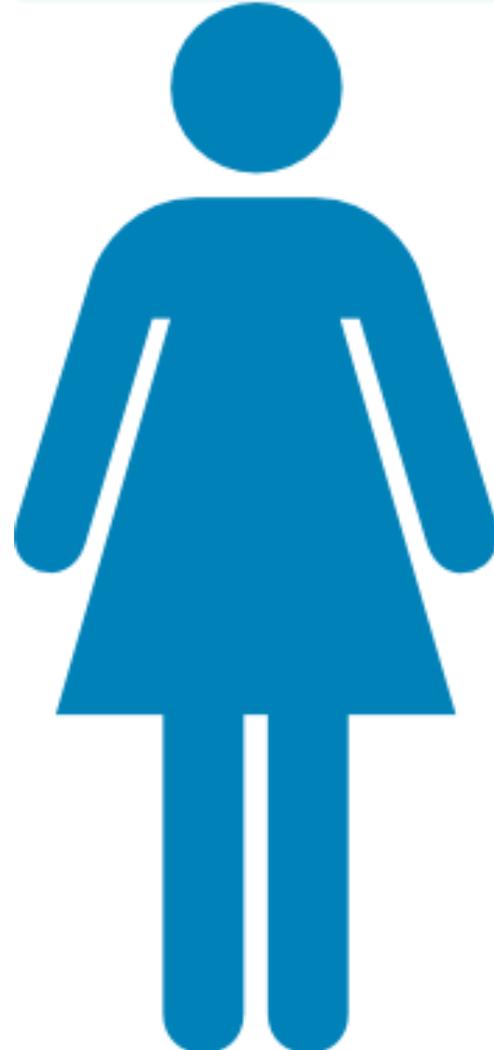


CAS CLINIQUES



Mme MP., 65 ans

La patiente est revue récemment.
L'équilibre s'est dégradé.
Les glycémies dépassent 2 g/litre après les repas surtout après le dîner et l'HbA1c est montée à 8%.



Découverte brutale de diabète en 2011 traitée au départ par metformine et insuline lente un fois par jour.

Elle est adressée au diabétologue.
Elle lui précise qu'elle ne veut pas être hospitalisée !

Il décide d'instaurer une injection d'insuline rapide dans un premier temps seulement le soir.
Il lui explique les modalités.



Mme MP., 65 ans

diabète en 2011
netformine.

La patiente
récemment
L'équilibre s'est
dégradé
dépasser
après les rep
surtout après le
et l'HbA
montée à 8%.

Elle revient vous voir car elle est
paniquée de devoir faire une autre
« pique » et n'a rien compris aux
conseils du diabétologue sans trop
vouloir lui avouer...
Vous n'avez pas identifié de trouble
cognitif chez cette patiente très
autonome par ailleurs.

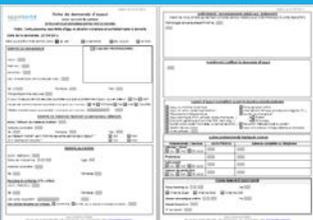
diabète.
ne veut pas être
!
restaurer une injection
aide dans un premier
temps seulement le soir.
Il lui explique les modalités.

Quels sont les problèmes posés

Que proposez vous ?



Le médecin traitant appelle pour favoriser son autonomie à domicile.



Contacts téléphoniques
IDE APPUI SANTE



Démarches téléphoniques :

Recueil des CR précédents
Contacts auprès des partenaires déjà présents dans la situation
= Evaluation médico-psycho sociale partagée

Bilan éducatif partagé
dans les locaux de
l'antenne d'APPUI SANTE



Staff interne :

Restitution : pas de besoins sociaux
Autonomie cognitive

Propositions :

- ✓ Séance individuelle d'ETP sur adaptation de doses et objectifs :
-> précision de la méthode d'adaptation.
- ✓ Séance individuelle ETP diététique
- ✓ Soutien psychologique

Validation : appel au MG
CR de suivi

