



ENTRED, Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques
Basé à l'Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 01.41.79.69.41 - Fax : 01.41.79.68.11
<http://www.invs.sante.fr/entred> ou entred@invs.sante.fr

DOSSIER MÉDECIN

1. Santé du patient

A propos de ces questions

Remplir l'ensemble du dossier devrait prendre moins de 15 minutes.
Remplir ce dossier ne nécessite pas la présence de votre patient(e).

Ce premier questionnaire concerne votre patient(e) diabétique et sa santé **jusqu'en 2001** et est indispensable à l'étude. **Ne tenez pas compte des évènements survenus en 2002.**

Merci de répondre le plus précisément possible aux questions et de fournir les valeurs morphologiques, hémodynamiques et biologiques **les plus récentes pour l'année 2001** qui figurent dans le dossier médical. **Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question.** Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus du cas de votre patient(e).

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre patient(e) n'aura pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier, vous ou votre patient(e).

1.1 Données générales	Date de naissance /...../..... /...../..... /...../...../...../..... /	Type 1 <input type="checkbox"/> 1	Type 2 <input type="checkbox"/> 2	Type 2 insuliné <input type="checkbox"/> 3
	Sexe M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	Secondaire <input type="checkbox"/> 4 Autre <input type="checkbox"/> 5		
	Année de diagnostic du diabète /...../...../...../..... /	- Education aux complications faite Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2		
	Année de début des comprimés /...../...../...../..... /	- Diététique hypocalorique prescrite Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2		
	Année de début de l'insuline /...../...../...../..... /	- Autosurveillance prescrite Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2		
		- Si oui, nombre de glycémies capillaires /...../..... /semaine		

1.2 Complications majeures		Oui en 2001	Oui ancien	Non		Oui en 2001	Oui ancien	Non
	Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Cécité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Dialyse ou greffe rénale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Insuffisance coronaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Amputation > cheville	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Revascularisation coronaire	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Amputation < cheville	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

1.3 Valeurs les plus récentes obtenues en 2001	Poids : /...../...../..... / kg	PAS : /...../...../..... / mmHg	HbA1c %	Norme supérieure du dosage : /...../..... / %
	Taille : /...../...../..... / m	PAD : /...../...../..... / mmHg	Glycémie à jeun g/l	ou mmol/l
			Créatininémie mg/l	ou µmol/l
			Microalbuminurie mg/24h	ou mg/l
			Protéinurie g/24h	
			Cholestérol total g/l	ou mmol/l
			HDL g/l	ou mmol/l
		Triglycérides g/l	ou mmol/l	

1.4 Facteurs de risque	Hypertrophie ventriculaire gauche (Sokolov)	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3	Tabac	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3 /...../..... / Cigarettes/j
	Maladie cardio-vasculaire avant 65 ans chez les parents au 1 ^{er} degré	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Alcool	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 /...../..... / Verres/j
	Diabète chez les parents au 1 ^{er} degré	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		

1.5 Symptômes en 2001	Angor	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3	Hypotension orthostatique	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3	Dysrérection	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3
	Claudication	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Douleurs ou paresthésies des MI	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		

1.6 Examen des yeux et des pieds en 2001	Yeux	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Pieds	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
	Examen en 2001	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Examen en 2001	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	Compte rendu transmis par l'ophtalmologue	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Déformation, hyperkératose des pieds	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3
	Acuité visuelle Droite /...../..... / 10 ^e		Mal perforant plantaire - cicatrisé en 2001	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Gauche /...../..... / 10 ^e		- aigu en 2001	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Photocoagulation (laser)	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 NSP* <input type="checkbox"/> 3	Ulcère artériel des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	Vitrectomie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	- cicatrisé en 2001	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Cataracte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	- aigu en 2001	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Rétinopathie diab.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Sensibilité vibratoire au diapason Anormale	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
		Monofilament de 10 g NON perçu	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
		Absence des 2 pouls	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
		Pontage / Angioplastie aortique ou des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

1.7 Autres	Pathologie(s) grave(s) associée(s) en 2001	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
	Lesquelles	

1.8 Evènements	Hospitalisation en 2001	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2
	En cas d'HOSPITALISATION, même de jour, merci de remplir le tableau ci-contre.	

* NSP : Ne sait pas.

Merci de compléter le tableau ci-dessous en utilisant une ligne pour chaque hospitalisation au cours de 2001.

1.9 Hospitalisation CONVENTIONNELLE en 2001

	Date de début* d'hospitalisation	Date de fin* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Motif principal de l'hospitalisation
Exemple hospitalisation	<i>15/06/2001</i>	<i>28/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Cardiologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Infarctus du myocarde</i>
1 ^{ère} hospitalisation en 2001	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../				
2 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../				
3 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../				
4 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001	/.../.../.../.../.../				

1.10 Hospitalisation de JOUR en 2001

	Date* d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de la clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Motif principal de l'hospitalisation
Exemple hospitalisation	<i>15/06/2001</i>	<i>Hôpital Hôtel-Dieu</i>	<i>Diabétologie</i>	<i>Grenoble</i>	<i>Soin compliqué des pieds</i>
1 ^{ère} hospitalisation	/.../.../.../ 2001				
2 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001				
3 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001				
4 ^e hospitalisation	/.../.../.../ 2001				

* Si vous ne disposez pas des dates exactes, indiquez au moins le mois.

- Si vous avez reçu un ou des compte-rendu(s) d'hospitalisation de l'année 2001, une photocopie de ce(s) compte-rendu(s) serait utile à l'étude.
- Nous vous remercions de bien vouloir masquer le nom de votre patient(e) sur ces compte-rendus et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du questionnaire portant sur la santé du patient.

2. Satisfaction du Soignant

A propos de ces questions

Ce questionnaire ne concerne pas votre patient(e) diabétique. Il vous concerne **vous, en tant que médecin** et s'intéresse à **votre satisfaction vis à vis des soins délivrés aux patients diabétiques** en général ainsi qu'à d'éventuels **problèmes rencontrés lors de la délivrance de ces soins**.

Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et vos patients n'auront pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.

Si vous avez déjà rempli un questionnaire satisfaction du soignant (à propos d'un dossier ENTRED pour un autre patient tiré au sort), veuillez cocher la case suivante et ne pas remplir la suite du questionnaire. Veuillez néanmoins nous retourner l'ensemble du dossier accompagné des compte-rendus d'hospitalisation si vous en disposez.

J'ai déjà rempli ce questionnaire à propos d'un dossier ENTRED pour un autre patient.

2.1 Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- ₁ < 35 ans
- ₂ 35 – 44 ans
- ₃ 45 – 54 ans
- ₄ ≥ 55 ans

2.2 Quel est votre sexe ?

- ₁ Homme
- ₂ Femme

2.3 Avez-vous une spécialisation de fait dans votre pratique ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Diabétologie / endocrinologie
- ₂ Médecine interne
- ₃ Pédiatrie
- ₄ Gériatrie
- ₅ Autre(s), à préciser :
- ₆ Pas de spécialisation

2.4 Diriez-vous de votre clientèle qu'elle est plutôt ... ?

- ₁ Rurale
- ₂ Urbaine
- ₃ Mixte

2.5 Faites-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Si oui, lequel (nom, adresse) :

.....

2.6 Combien de patients diabétiques (nouveaux ou anciens) voyez-vous en moyenne par mois ?

- ₁ 0 à 10 par mois
- ₂ 10 à 20 par mois
- ₃ 20 à 30 par mois
- ₄ Plus de 30 par mois

2.7 Combien de temps en moyenne durent vos consultations avec un patient NON diabétique ?

- ₁ 5 à 10 minutes
- ₂ 10 à 20 minutes
- ₃ 20 à 30 minutes
- ₄ Plus de 30 minutes

2.8 Combien de temps en moyenne durent vos consultations avec un patient diabétique ?

- ₁ 5 à 10 minutes
- ₂ 10 à 20 minutes
- ₃ 20 à 30 minutes
- ₄ Plus de 30 minutes

2.9 Combien de consultations de suivi habituel (à l'exclusion des urgences) donnez-vous en moyenne à un même patient diabétique par an ?

(cochez une réponse par type de patient)

TYPE DE PATIENT	2 ou plus par mois	1 par mois	1 tous les 3 mois	1 tous les 6 mois	1 par an	Moins d'1 par an
a. Diabétique de type 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Diabétique de type 2 (sans insuline)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Diabétique de type 2 (insuliné)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

2.10 Avez-vous l'occasion d'assister régulièrement à des réunions / congrès / staffs hospitaliers ou recevez-vous des journaux médicaux qui vous apportent des informations importantes sur la délivrance des soins aux patients diabétiques ?

1 Oui 2 Non

2.11 Des recommandations officielles (ANAES, AFSSAPS) concernant la délivrance de soins aux patients diabétiques existent. Les connaissez-vous ?

1 Oui 2 Non

2.12 Lors de vos soins aux patients diabétiques, les situations suivantes sont-elles souvent, parfois ou rarement un problème ? (cochez une réponse par situation)

	Souvent un problème	Parfois un problème	Rarement un problème
a. Mauvaise compréhension par les patients de leur diabète	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Problèmes psychologiques des patients (dépression, découragement, refus de la maladie, etc...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Manque de matériel d'éducation approprié aux patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Mauvaise adhésion des patients à vos recommandations concernant la prise de médicaments et d'insuline	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Mauvaise adhésion des patients à vos recommandations concernant l'exercice physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Mauvaise adhésion des patients aux conseils diététiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Difficultés de votre part à conseiller le patient en diététique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Difficultés à trouver un ou une diététicien(ne) pour assurer le suivi diététique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Difficultés à trouver un spécialiste référent pour avis consultatif	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Difficultés à trouver un service hospitalier pour hospitalisation de bilan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. Recommandations officielles de suivi des patients diabétiques manquant de clarté et de facilité d'utilisation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. Manque de temps disponible de votre part	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. Autre(s) (à préciser) :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

2.13 Si vous deviez donner une note entre 0 (pas du tout satisfait) et 10 (très satisfait) sur votre pratique actuelle concernant le diabète, quelle serait-elle ?

/..... /..... / sur 10

2.14 Etes-vous satisfait(e) de votre pratique actuelle concernant ... ?

(cochez une réponse par situation)

LES PATIENTS DIABETIQUES		Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
a.	Contrôle de la glycémie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b.	Contrôle des autres facteurs de risque (lipides, HTA, tabac)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c.	Prise en charge diététique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d.	Prise en charge de l'activité physique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e.	Education et conseils aux patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f.	Soutien psychologique des patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

LES RELATIONS AVEC LES AUTRES SOIGNANTS DE PATIENTS DIABETIQUES		Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
g.	Diabétologues / Endocrinologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h.	Ophtalmologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i.	Cardiologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j.	Services hospitaliers de diabétologie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k.	Infirmiers(ères)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l.	Diététiciens(ennes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m.	Pédicures / Podologues	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2.15 A quelle date avez-vous fini de remplir ce questionnaire ?

J'ai terminé de remplir ce questionnaire le : /...../..... /...../..... /...../...../...../..... /

Le dossier est terminé. **Pouvez-vous vous assurer qu'il est complet ?**

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions. Si vous le souhaitez, vous pouvez faire quelques commentaires.

Merci de retourner le dossier dans l'enveloppe T jointe (pas besoin d'affranchir), accompagné de l'autorisation signée d'utiliser ces données.

Si vous le pouvez, n'oubliez pas de joindre une **photocopie des compte-rendus d'hospitalisation pour l'année 2001**. Nous vous remercions de bien vouloir masquer le nom de votre patient(e) sur ce(s) compte-rendu(s) et de le remplacer par le numéro de dossier qui se trouve en première page du dossier.