

**Département de Médecine**

Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et  
éducation thérapeutique du patient

☎ : 079 55 32 767

@ : [pied-diabetique@hcuge.ch](mailto:pied-diabetique@hcuge.ch)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

☎ :

@ :

**DEMANDE de Consultation Ambulatoire du Pied Diabétique**

Nom, ☎ et @ du médecin demandeur .....

**DESCRIPTION DES PLAIES (uniquement les plaies sous-malléolaires)** .....

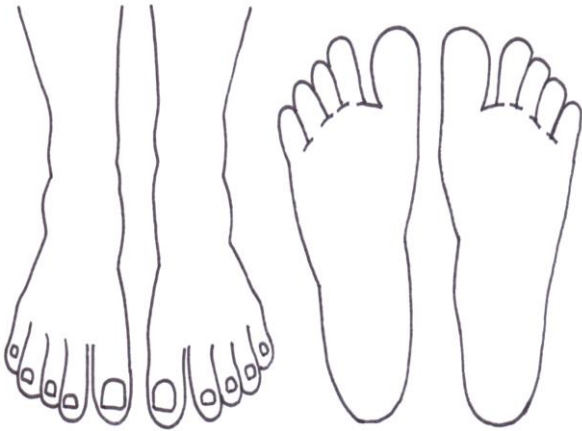
.....

.....

Neuropathie .....

.....

.....



Insuffisance artérielle    Oui     Non

Bilan angio    Oui     Non

***Copie du résultat***

Radiographie du pied    Oui     **Date :**

Non

Dernière valeur Hémoglobine glyquée .....

Fonction rénale .....

Traitement actuel et complet .....

.....

.....

**La consultation du pied diabétique n'est pas une consultation de pédicure**  
**La coupe des ongles et l'ablation de kératose est à prescrire chez les podologues**  
**Nous ne voyons pas les patients hospitalisés**