|  |
| --- |
| **Zorgtraject Diabetes type 2 - Verwijsbrief huisarts naar endocrinoloog** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Huisarts** | **Endocrinoloog** |
| Adres    Telefoon | Adres    Telefoon |
| **Patiënt** | Kleefbriefje mutualiteit |
| Geboortedatum  Adres    Telefoon |

1. **REDEN VAN VERWIJZING**

    1. Patiënt komt in aanmerking en wenst een zorgtraject te openen.

                O JA -  u vindt het contract in bijlage

                O NEEN

     2. Ik coördineer het zorgtraject en organiseer dus de educatie en het dieetadvies voor de patiënt.

                O JA - indien reeds bekend, naam van de educator vermelden :

                O NEEN  -  u vindt in bijlage het voorschrift voor de educatie in de tweede lijn

     3. Ik start de insulinetherapie zelf op

                O JA - graag uw diabetologisch advies

                O NEEN - graag opstarten van de insulinetherapie door U

1. **VOORGESCHIEDENIS**

Diagnose diabetes mellitus type 2 sinds:

Datum start zorgtraject:

Complicaties

|  |  |
| --- | --- |
| □ Hypertensie | □ Retinopathie  Laatste oftalmologisch nazicht: |
| □ Nefropathie | □ Hyperlipidemie |
| □ Neuropathie | □ Cardiovasculair lijden |
| □ Diabetische voet  □ MF-test  □ Pulsaties  □ Voetproblemen | □ Andere |

1. **ANTROPOMETRIE**

Gewicht (kg):   
Lengte(cm):

BMI ( kg/m²):   
Buikomtrek (cm):

1. **BLOEDDRUK / ECG**

Bloeddruk:

ECG:   
 Opmerkingen :

1. **LEVENSSTIJL**

Voeding:

Alcohol (eenheden/week):

Lichaamsbeweging:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ onmogelijk | □ < 30 min/dag | □ ≥ 30 min/dag |
| opmerkingen |  |  |

Rookstatus:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Roker | □ Nooit gerookt | □ Ex-roker: gestopt met roken sinds: |

Patiënt werd gemotiveerd consultatie bij diëtiste te volgen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ ja (eerste lijn) | Datum laatste consult: | □ nee |

1. **MEDICATIEGEBRUIK**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam Insuline/incretinemimeticum | Dosis | Tijdstip | | | |
| ‘s morgens | ‘smiddags | ‘savonds | Voor slapen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam Orale antidiabetica | Dosis | Tijdstip | | | |
| ‘s morgens | ‘smiddags | ‘savonds | Voor slapen |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam andere medicatie | Dosis |
|  |  |

1. **LABORESULTATEN (hoeft niet ingevuld te worden indien u kopie labo meegeeft )**

**NAAM LABO:**

|  |  |
| --- | --- |
| HbA1c:  PPBO:  Feritine:  Totaal eiwit:  (Nuchtere) glycemie:  C-peptide:  Totaal cholesterol:  HDL cholesterol:  LDL cholesterol:  Triglyceriden:  Ionogram:  Serum creatinine:  eGFR (MDRD formule):  Microalbuminurie: |  |

1. **SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN**

Stempel + handtekening huisarts

Met vriendelijke groet,