

Formulaire - Diabète

Voici le formulaire à remplir pour le diabète par vous-même et par votre médecin traitant (ou tout autre corps médical compétent et autorisé à remplir ce formulaire) afin de compléter la demande d'obtention d'un chien d'assistance de l'Académie MédiCanin. Nous nous réservons le droit de refuser votre demande automatiquement si certaines informations sont manquantes.

Les informations que vous nous fournirez vont nous permettre d'examiner votre demande et de déterminer si vous répondez à nos critères d'admission, ainsi qu'à monter un plan d'assistance adapté à votre handicap.

Renseignements du médecin

(À remplir par le médecin)

Nom et prénom du médecin :	
Adresse du lieu de pratique :	
N° de licence (si applicable) :	
Courriel :	N° de téléphone :

Renseignements généraux

(À remplir par le médecin)

Nom :	Prénom :
Date de naissance : __/__/____ jj/mm/aaaa	Poids :
	Grandeur :
Date approximative du début de suivi :	



Renseignements médicaux

À remplir par le médecin :

Type de diabète :

- Type 1
- Type 2
- Diabète lié à une autre pathologie

Précisez la médication orale du patient ainsi que sa dose quotidienne : _____

Précisez la posologie de l'insuline du patient : _____

Décrivez le dernier incident de choc hypoglycémique (date et description des symptômes) :

Décrivez les complications secondaires, s'il y a lieu : _____

Précisez les instructions spécifiques ou suggestions, s'il y a lieu : _____



À remplir par le/la patient(e) :

Vous piquez-vous par vous-même ?

- Oui
 Non

Mesurez-vous votre insuline par vous-même ?

- Oui
 Non

Ajustez-vous votre dose d'insuline par vous-même ?

- Oui
 Non

Vérifiez-vous votre taux de sucre par vous-même ?

- Oui
 Non

De quelle manière vérifiez-vous votre taux de sucre ? : _____

Date et description de votre plus récente courbe de glycémie : _____

Suivez-vous une diète spéciale ?

- Oui
 Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Autres informations pertinentes : _____



Autres renseignements pertinents : _____

À remplir par le médecin :

J'atteste que toutes les informations écrites ci-dessus sont justes et complétées au meilleur de mes connaissances. J'autorise l'Académie MédiCanin à communiquer avec moi pour plus d'information ou pour confirmer les informations manquantes, douteuses ou inexactes selon le/la patient(e) afin de monter le plan d'assistance.

Signature du médecin

Date

À remplir par le/la patient(e) :

J'atteste que toutes les informations écrites ci-dessus sont justes et complétées au meilleur de mes connaissances. J'autorise l'Académie MédiCanin à communiquer avec moi et mon équipe médicale pour plus d'information ou pour confirmer les informations manquantes, douteuses ou inexactes selon le formulaire médical rempli par le corps médical autorisé.

Signature du demandeur

Date

Académie MédiCanin

819-290-1943, info@academiemedicanin.ca

