

**Annexe.** Fiche de liaison médecin traitant / diabétologue vers médecin ophtalmologiste, et retour médecin ophtalmologiste vers médecin traitant / diabétologue.

#### Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone(s) : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  M  F

Le .... / .... / 20..

Cher Confrère,

Je vous remercie de réaliser un examen ophtalmologique chez ce(tte) patient(e) diabétique.

Motif :

- Dépistage rétinopathie  Découverte de diabète  
 Suivi rétinopathie  Baisse récente de l'acuité visuelle  
 Modification récente du traitement hypoglycémiant / Mise sous insuline  Autre  
 Grossesse

Date du dernier examen ophtalmologique : ..... / ..... / .....

#### Histoire du diabète et des complications

Type de diabète :  1  2  Autre  
 Durée évolution du diabète : \_\_\_\_\_ années  
 Traitement :  Antidiabétiques oraux / analogues GLP-1  Insuline  
 HbA<sub>1c</sub> (%) :

Fonction rénale

Créatinine sérique (micromoles/l) : \_\_\_\_\_ Clairance de la créatinine (ml/min) : \_\_\_\_\_ (date : .... / .... / .... )  
 Microalbuminurie  Macroprotéinurie  Dialyse

Macroangiopathie

IDM (date : .... / .... / .... )  AVC (date : .... / .... / .... )  
 Angioplastie / pontage (date : .... / .... / .... )

Facteurs de risque :

HTA traitée PA : ..... / ..... mm Hg  
 Dyslipidémie traitée LDL Cholestérol (g/l) :

En vous remerciant de votre collaboration,

Bien confraternellement.

Nom et coordonnées du médecin traitant / diabétologue :

Cachet du médecin      Signature

Le .... / .... / 20..

Cher Confrère,

Je vous prie de trouver ci-dessous les conclusions de l'examen ophtalmologique de votre patient(e).

ATCD ophtalmologiques (préciser si cela concerne un œil ou les deux yeux ; OD : œil droit, OG : œil gauche)

- Glaucome       Cataracte opérée       Vitrectomie  
 PPR       Laser maculaire       IVT Anti-VEGF       IVT corticoïdes

## Examen ophtalmologique

	OD	OG	Evolution / consultation précédente
<b>Acuité visuelle avec correction</b>			
<b>Tension oculaire</b>			
<b>Cataracte</b>			
<b>ICP</b>			
<b>Rétinopathie diabétique (RD)</b>			
– Pas de RD			
– RDNP minime, modérée, sévère			
– RDP minime, modérée sévère			
– Hémorragie du vitré			
– Décollement de rétine			
<b>Œdème maculaire</b>			
– Minime, modéré, sévère			
– Tractionnel			
– Exsudats fovéolaires			
<b>Laser</b>			
– PPR partielle, complète			
– Laser maculaire			

## Suivi préconisé et projet thérapeutique

	OD	OG
<b>Surveillance</b>		
<b>PPR (préciser le rythme et le nombre de séances)</b>		
<b>Laser maculaire</b>		
<b>Vitrectomie</b>		
<b>IVT anti-VEGF (préciser le nombre)</b>		
<b>IVT corticoïdes</b>		
<b>Chirurgie de cataracte</b>		

Le prochain rendez-vous en ophtalmologie est prévu dans      mois

En vous remerciant de votre collaboration,  
 Bien confraternellement.

Nom et coordonnées du médecin ophtalmologiste :

Cachet du médecin      Signature