

6. Does the patient adjust the insulin dose based on the readings of self-blood glucose monitoring? / *Le (La) patient(e) modifie-t-il (elle) sa dose d'insuline en fonction des résultats de l'auto-analyse de la glycémie?* Yes/Oui No/Non
7. A1C results / *Résultats du test A1C*
- Most recent result/ *Résultat le plus récent* Previous result/ *Résultat précédent*
- Date

 Y/A M Result/Résultat _____ Date

 Y/A M Result/Résultat _____
- Non-diabetic range for laboratory / *Plage en dehors de laquelle le laboratoire considère les résultats comme négatifs* _____
8. Are the A1C results consistent with the patient's blood logs? / *Les valeurs du test A1C correspondent-elles aux entrées du journal du (de la) patient(e)?* Yes/Oui No/Non
- If no, please comment. / *Dans la négative, expliquez.* _____
9. Diabetic education / *Programme d'éducation sur le diabète*
- Date completed/ *Date à laquelle s'est terminé le programme*

 Y/A M D/J Location/ *Endroit* _____
- Re-education recommended/ *Le (La) patient(e) devrait-il (elle) suivre à nouveau le programme?* Yes/Oui No/Non
- Certificate of completion of diabetic education enclosed/ *Attestation de participation au programme 'éducation sur le diabète ci-jointe* Yes/Oui No/Non
10. Does the patient have a full understanding of diabetes and the close relationship between insulin dose or oral medication, diet and exercise? / *Le (La) patient(e) comprend-il (elle) bien sa maladie et le lien étroit entre l'insuline ou un médicament administré par voie orale, le régime alimentaire et l'exercice physique?* Yes/Oui No/Non
11. General compliance with respect to diet, self monitoring, attendance at the doctor's office, lifestyle, exercise/rest/ *Conformité générale aux exigences du traitement régime alimentaire, auto-analyse, suivi médical, style de vie, exercice/repos.*
- Please circle: / *Veillez encercler la réponse appropriée:* 1 2 3 4 5
1 = poor/ *faible* 5 = excellent/ *excellente*

C. Hypoglycemia / *Hypoglycémie*

12. Does the patient have awareness of early symptoms of hypoglycaemia? Yes/Oui No/Non
- If yes, at what glucose level? _____
- Le (La) patient(e) connaît-il (elle) les symptômes précoces de 'hypoglycémie? Dans l'affirmative, à quel niveau de glycémie?* _____
13. Describe symptoms of hypoglycemia and how it is treated. / *Décrivez les symptômes de l'hypoglycémie et son traitement.*
- _____
14. Has the patient experienced major hypoglycemic events requiring second party assistance: / *Est-ce que le (la) patient(e) a vécu des épisodes hypoglycémiques majeurs nécessitant l'aide d'autrui :*
- In the past 6 months? / *Au cours des six derniers mois?* Yes/Oui No/Non Date(s) _____
- In the past 2 years? / *Au cours des deux dernières années?* Yes/Oui No/Non Date(s) _____
- If yes, how many times? / *Dans l'affirmative, combien de fois?* _____
- Was there / *Cette réaction a-t-elle causé :*
- Loss of Consciousness/ *un évanouissement* Confusion/ *de la confusion* Convulsion/ *des convulsions*

Describe circumstances leading to the hypoglycemic episode(s). / Décrivez les circonstances qui ont mené aux épisodes hypoglycémiques.

What changes have since been made to reduce the likelihood of further hypoglycemic events? / Quels changements ont été effectués depuis pour réduire le risque d'autres épisodes hypoglycémiques?

D. General Health / État de santé général

15. Complications	Yes/Oui	No/Non	Current Status / État actuel
(a) Retinopathy/ Rétinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(b) Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(c) Myocardial Infarct/ Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(d) Stroke/ Accident cérébrovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(e) Neuropathy/Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(f) Nephropathy/ Néphropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(g) Other - If yes, explain./Autre - Dans l'affirmative, expliquez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

16. Has impairment by alcohol ever interfered with patient's ability to maintain good control of diabetes? / Le (La) patient(e) a-t-il (elle) déjà éprouvé de la difficulté à contrôler son diabète parce que ses facultés étaient affaiblies par l'alcool?

17. Additional comments, including reference to any other medical conditions which in conjunction with the reported diabetes may interfere with the safe operation of a motor vehicle. / Commentaires supplémentaires, y compris tout renseignement sur un trouble de santé qui, conjointement au diabète, pourrait nuire à la capacité du (de la) patient(e) de conduire un véhicule automobile en toute sécurité.

E. Physician's Signature/Signature du médecin

I certify that I am this patient's / J'atteste que je suis:

Endocrinologist / Endocrinologist

Internist / Internist

Family Physician/ Médecin de famille

and have been involved in the ongoing management of this patient since: /

et que je vois régulièrement le (la) patient(e) depuis:

Y/A	M	D/J
-----	---	-----

Physician's Name / Nom du médecin

Address - Street No. and Name, City, Town, Village / Adresse - No et rue, ville, village

Postal Code / Code postal

Physician's Signature
Signature du médecin

Date of Examination
Date de l'examen

Y/A	M	D/J
-----	---	-----