

**SEULEMENT POUR CLIENTS AVEC ASSISTANCE SOCIALE
FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOINS DES PIEDS ET DES ONGLES/DIABÉTIQUE**

- LES CINQ ÉTAPES SUIVANTES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES AVANT QUE CETTE DEMANDE PUISSE ÊTRE TRAITÉE :**
1. Le demandeur **doit** remplir la **section Renseignements sur le client** et remettre le formulaire à son médecin, à son infirmière praticienne ou à son éducateur agréé en diabète (EAD).
 2. Le médecin, l'infirmière praticienne ou l'EAD **doit** remplir la **section 1 et les parties A et B du formulaire et le retourner au client.**
 3. **Le client doit choisir un vendeur autorisé de soins des pieds et des ongles et lui remettre le formulaire.**
 4. Le vendeur autorisé de soins des pieds et des ongles **doit** remplir la section 2. (Remarque: **un numéro de vendeur est requis**).
 5. Une fois le formulaire rempli, il doit être retourné à:
**Programme des services d'assistance médicale
C.P. 5500, Fredericton, NB E3B 5G4
Télécopieur : 506-453-3960**

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE	CITÉ, VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE	N ^o . CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE D.S.	

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN, UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE OU EAD

SECTION 1 : COORDONNÉES DE LA PERSONNE AUTORISÉE À PRESCRIRE

NOM	SIGNATURE	TÉLÉPHONE	DATE

SEULES LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE MODÉRÉ OU ÉLEVÉ SONT ADMISSIBLES AUX SERVICES DANS LE CADRE DE CE PROGRAMME

PARTIE A :	RÉSULTATS DE L'EXAMEN	D	G	RISQUE
PEAU	Pieds en bon état et en santé			FAIBLE
	Durillon ou cor (D)			MOYEN
	Crevasses ou fissures (F)			
	Phlyctènes/durillon hémorragique			ÉLEVÉ
	Ulcères non infectés ou rupture de l'épiderme (U)			
	Ulcère infecté et suintant (UI)			URGENT
	Pieds rouges, chauds et enflés ou présence de cellulite			
ONGLES	Ongles normaux et bien entretenus, faible décoloration			FAIBLE
	Ongles manquants, coupants, non entretenus, épais, longs ou déformés			MOYEN
	Ongles infectés ou incarnés			ÉLEVÉ
STRUCTURE ET ANATOMIE	Pieds normaux			FAIBLE
	Hallux Valgus (H)			
	Orteil en marteau ou en griffe (M)			
	Chevauchement des orteils (C)			
	Mobilité ou amplitude de mouvement limitée au niveau des articulations de la cheville ou des orteils			MOYEN
	Affaissement de la voûte plantaire			
	Changement d'état du pied en piolet ou du pied cubique de Charcot			
	Amputation			
	Structures anormales ci-dessus présentant une rougeur aux zones qui subissent une pression (R)			ÉLEVÉ
Articulations rouges, chaudes et douloureuses, ou cas sévère de pied cubique de Charcot			URGENT	
SENSATIONS marque + ou - pour le test de sensation	Sensations normales lors d'un test au monofilament 10g			FAIBLE
	Sensation d'engourdissement, de picotement, de fourmillement ou de brûlure			
	Absence de sensations à un ou deux endroits lors du test au monofilament 10g (la présence d'un durillon peut causer un résultat faussement négatif)			MOYEN
	Douleur ou inflammation sur un pied auparavant insensible			URGENT



VAISSEAUX SANGUINS	Pouls et temps de remplissage capillaire normaux			FAIBLE
	Perte de poils, télangiectasie en araignée ou varicosités			MOYEN
	Œdème (E)			
	Douleur ou fatigue des muscles des jambes lors de la marche qui disparaît au repos (en minutes)			ÉLEVÉ
	Peau froide présentant une pâleur ou une cyanose			
	Pouls diminués			
	Rougeur déclive			URGENT
	Gangrène			
Pieds ou orteils froids, pâles et douloureux				
SOINS DES PIEDS	Soins adéquats des pieds (p. ex. : peau et ongles en santé)			FAIBLE
	Soins inadéquats des pieds (formation ou aide requis)			MOYEN
	Peau ou ongles clairement anormaux (soins spécialisés requis)			ÉLEVÉ
CHAUSSURES	Chaussures adaptées à la forme des pieds			FAIBLE
	Chaussures inadaptées (p. ex. : usées, trop serrées, trop grandes ou trop hautes)			MOYEN
	Chaussures causant de la pression ou une rupture de l'épiderme			ÉLEVÉ

PARTIE B ÉVOLUTION DU PROBLÈME MÉDICAL

Veillez indiquer ci-dessous si une amélioration de la déficience fonctionnelle ou des affections du patient est attendue.

- Le problème de pieds ou d'ongles du patient devrait s'améliorer d'ici _____ (inscrire l'échéancier prévu).
- On n'attend aucune amélioration du problème de pieds ou d'ongles du patient.

À REMPLIR PAR LE VENDEUR AUTORISÉ DE SOINS DE PIEDS / ONGLES

LA PRESTATION MAXIMALE ADMISSIBLE EST DE 45 \$ TOUS LES 60 JOURS

SECTION 2: DÉTAILS DU VENDEUR AUTORISÉ DE SOINS DES PIEDS ET DES ONGLES

NOM DE L'ENTREPRISE	N° DE VENDEUR	
ADRESSE	CITÉ, VILLE	CODE POSTAL
ADRESSE COURRIEL	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR

RÉSERVÉ SEULEMENT À L'USAGE INTERNE

ADMINISTRATEUR

NOM	TÉLÉPHONE
-----	-----------

- DATE DE L'APPROBATION
- DATE DU REFUS (VOIR LES COMMENTAIRES CI-DESSOUS)
- EN ATTENTE D'INFORMATION (VOIR LES COMMENTAIRES CI-DESSOUS)

REMARQUES