

Nom du patient :

Date :

Questions :

Avez-vous eu des symptômes d'hypoglycémie?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transpiration | <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Problème de concentration |
| <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Changement d'humeur | <input type="checkbox"/> Cœur qui bat très fort |
| <input type="checkbox"/> Vision trouble | <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Autres : |

À quelle fréquence présentez-vous ces symptômes? (Veuillez encercler la réponse.)

Une fois par semaine **Une fois par mois** **Une fois par année** **Autre :**

Savez-vous ce qui pourrait causer ces symptômes?

Raisons possibles : exercice plus intense ou plus long que d'habitude, consommation d'alcool à jeun, erreur de médicaments, maladie chronique du foie ou des reins, etc.

.....

Comment gérez-vous ces symptômes d'habitude?

.....

Avez-vous déjà modifié vos habitudes par crainte de ressentir ces symptômes de nouveau? (Veuillez encercler la réponse.)

Oui **Non**

C'est toujours utile de répondre à ces questions avant de voir votre professionnel de la santé. Notez toutes les questions que vous avez au sujet de l'hypoglycémie et posez-les lors de votre prochain rendez-vous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....