

**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 soit à son médecin, à son infirmière praticienne, infirmière immatriculées, infirmière auxiliaire autorisée ou à son éducateur agréé en diabète (EAD).
2. Le médecin, l'infirmière praticienne, infirmière immatriculées, infirmière auxiliaire autorisée 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 de santé  
C.P. 5500, Fredericton, NB E3B  
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°. CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE D.S.	

**À REMPLIR SOIT PAR UN MÉDECIN, UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE INFIRMIÈRE  
IMMATRICULÉES, INFIRMIÈRE AUXILIAIRE AUTORISÉE OU EDUCATEUR AGRÉÉ EN DIABÈTE**

**SECTION 1 : COORDONNÉES DE LA PERSONNE AUTORISÉE À PRESCRIRE**

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

<b>VAISSEAUX SANGUINS</b>	Pouls et temps de remplissage capillaire normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAIBLE
	Perte de poils, télangiectasie en araignée ou varicosités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOYEN
	Œdème (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Douleur ou fatigue des muscles des jambes lors de la marche qui disparaît au repos (en minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÉLEVÉ
	Peau froide présentant une pâleur ou une cyanose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pouls diminués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rougeur déclive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URGENT
	Gangrène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pieds ou orteils froids, pâles et douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>SOINS DES PIEDS</b>	Soins adéquats des pieds (p. ex. : peau et ongles en santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAIBLE
	Soins inadéquats des pieds (formation ou aide requis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOYEN
	Peau ou ongles clairement anormaux (soins spécialisés requis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÉLEVÉ
<b>CHAUSSURES</b>	Chaussures adaptées à la forme des pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAIBLE
	Chaussures inadaptées (p. ex. : usées, trop serrées, trop grandes ou trop hautes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOYEN
	Chaussures causant de la pression ou une rupture de l'épiderme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 60.00 \$ 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 \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> DATE DE L'APPROBATION | <input type="checkbox"/> DATE DU REFUS (VOIR LES COMMENTAIRES CI-DESSOUS) | <input type="checkbox"/> EN ATTENTE D'INFORMATION (VOIR LES COMMENTAIRES CI-DESSOUS) |
|--|---|--|

**REMARQUES**