



# Carnet d'autosurveillance

**Driving  
change** | in  
diabetes



## Données personnelles

Nom: .....

Adresse:.....

Tél.: .....

## En cas d'urgence, veuillez avertir

Nom: .....

Adresse:.....

Tél.: .....

## Interniste / Diabétologue

Nom: .....

Tél.: ..... Fax: .....

Hôpital: .....

## Infirmier(ère) en diabétologie

Nom: .....

Tél.: .....

## Médecin traitant

Nom: .....

Adresse:.....

Tél.: ..... Fax: .....

Jour(s) et heure de consultation: .....

## Diététicien(ne)

Nom: .....

Tél.: .....

Jour(s) et heure de consultation: .....

## Podologue

Nom: .....

Tél.: .....

Jour(s) et heure de consultation: .....

## Qu'est-ce l'autocontrôle ?

L'autocontrôle est une méthode qui permet d'adapter correctement les doses d'insuline sur base des résultats obtenus en mesurant la glycémie.

L'adaptation des doses d'insuline se fait toujours en fonction de l'avis du médecin.

## Pourquoi l'autocontrôle est-il important ?

En contrôlant quotidiennement les valeurs de la glycémie et en inscrivant les résultats dans ce carnet, vous rassemblez beaucoup d'informations utiles concernant votre traitement. Ces informations permettront à votre médecin de décider s'il est nécessaire d'adapter votre traitement. Les directives que le médecin vous donne concernant la nourriture, l'exercice physique et les injections d'insuline ont pour but d'obtenir, autant que possible, des valeurs glycémiques stables. En effet, des valeurs glycémiques bien contrôlées vous offriront les meilleures chances d'éviter les complications du diabète. L'autocontrôle journalier des valeurs glycémiques est la base d'un bon traitement !

## Qu'est-ce que la glycémie ?

La glycémie est le taux de glucose (sucre) dans le sang.

### La glycémie varie en fonction de :

- L'alimentation
- Les médicaments
- L'exercice physique

Mais également d'autres facteurs: le stress, la maladie, les chocs émotionnels,...

## Comment mesurer la glycémie ?



Vérifiez votre taux de sucre à l'aide de votre lecteur de glycémie.

## En pratique

- Ayez toujours les mains propres (eau + savon; bien séchées)
- Alternez les sites de prélèvements pour ralentir l'épaississement de la peau
- Piquez le côté du doigt et non la pulpe (le bout) du doigt (évitez de piquer dans le pouce et l'index)
- Évitez de presser l'extrémité du doigt, mais massez en partant de la base du doigt vers son extrémité
- Respectez le mode d'emploi du lecteur de glycémie (voir fiche technique du lecteur)

## Comment conserver l'insuline ?

### → Si stylo rechargeable

#### Avant utilisation :

- Les cartouches doivent être conservées au réfrigérateur entre 2°C et 8°C, à distance de l'élément de refroidissement.
- Ne pas congeler les cartouches.

#### En cours d'utilisation :

- Les cartouches peuvent être conservées à température ambiante pour une durée maximale de 4 à 6 semaines (voir notice).
- Mettez les cartouches toujours à l'abri de la chaleur excessive et de la lumière.

### → Si stylo prérempli

#### Avant utilisation :

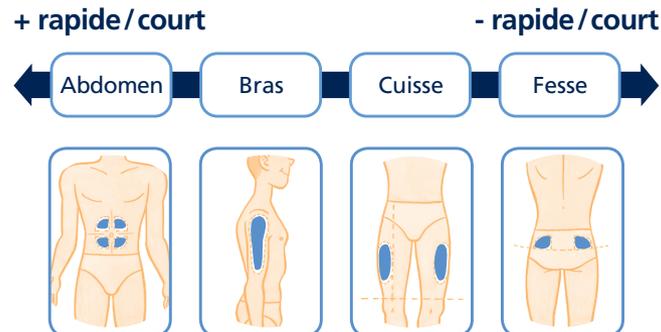
- Le stylo doit être conservé au réfrigérateur entre 2°C et 8°C, à distance de l'élément de refroidissement.
- Ne pas congeler le stylo.

#### En cours d'utilisation :

- Le stylo peut être conservé à température ambiante pour une durée maximale de 4 à 6 semaines (voir notice).
- Mettez le stylo prérempli toujours à l'abri de la chaleur excessive et de la lumière.

## Quels sites d'injection ?

Le profil d'action de l'insuline varie en fonction du site d'injection.



Pour éviter une mauvaise résorption de l'insuline et éviter la formation des lipodystrophies, variez les sites d'injection au sein d'une même région.

### Lipodystrophie:

Déformation caractéristique de la peau aux sites d'injection pouvant apparaître si :

- on ne change pas l'aiguille du stylo injecteur
- on ne varie pas le point d'injection
- on utilise une technique d'injection erronée

**Dans ce cas, évitez momentanément cette zone**

## Votre traitement (à remplir par le médecin)

Type d'insuline	Nombre d'unités			
	Matin	Midi	Soir	Coucher
à action rapide				
à action prolongée				
biphasique				

Comprimés (par voie orale)	Quantité/Dose			
	Matin	Midi	Soir	Coucher

Analogue du GLP-1	Dose

Objectif d'HbA<sub>1c</sub> à atteindre ..... % (à remplir par le médecin)

## Schéma d'adaptation de la dose d'insuline

Type d'insuline ..... (à remplir par le médecin)

GLYCEMIE		Nombre d'unités			
de	à	Matin	Midi	Soir	Coucher

Type d'insuline ..... (à remplir par le médecin)

GLYCEMIE		Nombre d'unités			
de	à	Matin	Midi	Soir	Coucher

## Exemple d'inscription de résultats de tests

DATE	Matin			Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test 2h après repas	Test avant repas	Insuline	Test 2h après repas	Test avant repas	Insuline	Test 2h après repas	Test au coucher	Insuline	2h Test	
Lundi 26.12..	A 134	B 10+ 18	A 233	A 72	B 12	A 87	A 92	B 15	A 98	A 168	B 28	A 71	C

A Inscrivez les résultats de chaque test de glycémie que vous effectuez

B Inscrivez le nombre d'unités d'insuline à action rapide et à action longue ou à action biphasique pour chaque injection dans la case correspondant au moment de l'injection

C Mentionnez tous les faits qui pourraient modifier les résultats des tests : autres activités, autres repas,...

En cas d'hypoglycémie, indiquez également l'heure à laquelle elle s'est produite et le degré de celle-ci :

**Degré I** (léger) : tremblements avant le repas, mais aucune mesure spéciale n'a été nécessaire

**Degré II** (modéré) : vertiges accompagnés de transpiration et de troubles de la vue, mais les problèmes ont disparu 10 minutes après avoir mangé un biscuit ou après un repas

**Degré III** (sévère) : perte de conscience nécessitant l'aide d'une tierce personne

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin			Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	Test	
Lundi ...../.....													
Mardi ...../.....													
Mercredi ...../.....													
Jeudi ...../.....													
Vendredi ...../.....													
Samedi ...../.....													
Dimanche ...../.....													

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin			Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	Test	
Lundi ...../.....													
Mardi ...../.....													
Mercredi ...../.....													
Jeudi ...../.....													
Vendredi ...../.....													
Samedi ...../.....													
Dimanche ...../.....													

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

## Hypo



En cas d'hypoglycémie sévère: glucagon



## Hyper



DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

DATE	Matin		Midi			Soir			Coucher		Nuit	Observations
	Test à jeun	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test avant repas	Insuline	Test ..... après repas	Test au coucher	Insuline	
Lundi ...../.....												
Mardi ...../.....												
Mercredi ...../.....												
Jeudi ...../.....												
Vendredi ...../.....												
Samedi ...../.....												
Dimanche ...../.....												

## La convention diabète

### De quoi s'agit-il ?

La **convention** est un accord entre vous et le centre de rééducation auprès duquel vous vous engagez à suivre un programme d'éducation à l'autogestion du diabète. Le but de la convention est de vous rendre autonome et pas simplement de vous fournir des bandelettes. Votre spécialiste introduit la demande auprès du médecin conseil de votre mutuelle. Après accord, cette demande devra être renouvelée chaque année. Notez que certaines mutuelles prolongent l'accord de convention automatiquement.

### Pour (ré)introduire une demande il faut :

1. Un bilan annuel des complications (yeux, pieds, analyse d'urine, ...)
2. Un suivi régulier chez votre diabétologue
3. Un nombre de tests correspondant à la prescription
4. Une surveillance biologique (HbA<sub>1c</sub> récente, bilan lipidique, ...)
5. Réduire les autres facteurs de risques (hypertension artérielle, tabac, ...)

### Le centre s'engage à :

- Fournir le matériel d'autocontrôle: un appareil auto-contrôle, des tiges, un piqueur, des lancettes.
- Mettre à votre disposition une équipe pluridisciplinaire.
- Répondre à vos questions et établir un plan éducatif à votre intention.
- Mettre à votre disposition un numéro d'urgence et des numéros pour prendre contact avec les membres de l'équipe.
- Informer votre médecin traitant.

## Trajet de soins diabète

Si vous désirez avoir plus d'informations sur les trajets de soin dans le diabète, scannez le QR-code ci-dessous qui vous dirigera vers le site de l'INAMI.



Novo Nordisk soutient:

- **L'Association du Diabète, asbl**

Avenue de Roodebeek 9  
B-1030 Bruxelles  
Tél 02/374 31 95  
www.diabete.be  
info@diabete.be

Ouverture : Lundi / Mardi / Jeudi : de 9h00 à 12h30  
et de 14h00 à 16h00  
Mercredi / Vendredi : de 9h00 à 12h30

- **L'Association Luxembourgeoise du Diabète, asbl**

143 rue de Mühlenbach  
L-2168 Luxembourg-Eich  
Tél +352/48 53 61  
Fax +352/26 123 748  
www.ald.lu  
diabete@pt.lu

Ouverture :  
Lundi, mercredi, vendredi de 9h00 à 16h00  
40 Avenue Salentiny  
L-9040 Ettelbruck  
Ouverture : Jeudi matin sur rendez-vous

Follow us on **www.novonordisk.be**



novonordisk.be



BE22CD00031 – MAY 2022

