

**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°. 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
<b>PEAU</b>	Pieds en bon état et en santé			FAIBLE
	Durillon ou cor (D)			MOYEN
	Crevasses ou fissures (F)			ÉLEVÉ
	Phlyctènes/durillon hémorragique			ÉLEVÉ
	Ulcères non infectés ou rupture de l'épiderme (U)			ÉLEVÉ
	Ulcère infecté et suintant (UI)			URGENT
	Pieds rouges, chauds et enflés ou présence de cellulite			URGENT
<b>ONGLES</b>	Ongles normaux et bien entretenus, faible décoloration			FAIBLE
	Ongles manquants, coupants, non entretenus, épais, longs ou déformés			MOYEN
	Ongles infectés ou incarnés			ÉLEVÉ
<b>STRUCTURE ET ANATOMIE</b>	Pieds normaux			FAIBLE
	Hallux Valgus (H)			MOYEN
	Orteil en marteau ou en griffe (M)			MOYEN
	Chevauchement des orteils (C)			MOYEN
	Mobilité ou amplitude de mouvement limitée au niveau des articulations de la cheville ou des orteils			MOYEN
	Affaissement de la voûte plantaire			MOYEN
	Changement d'état du pied en piolet ou du pied cubique de Charcot			MOYEN
	Amputation			MOYEN
	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	
<b>SENSATIONS</b> 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			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)			MOYEN
	Douleur ou inflammation sur un pied auparavant insensible			URGENT



<b>VAISSEAUX SANGUINS</b>	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				
<b>SOINS DES PIEDS</b>	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
<b>CHAUSSURES</b>	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
<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**