

|   |  |
|---|--|
| <b>NOM :</b>                              |  |
| <b>DATE DE NAISSANCE :</b>                |  |
| <b>NUMÉRO CARTE D'ASSURANCE MALADIE :</b> |  |

Je suis atteint(e) de **DIABÈTE DE TYPE 1** et j'utilise une **POMPE À INSULINE**. Si ma pompe est retirée, cesse de fonctionner ou si l'utilisation est interrompue, une source d'insuline de rechange doit être administrée (par voie sous-cutanée ou par infusion intraveineuse) **DANS LES DEUX HEURES** afin d'empêcher le développement d'une acidocétose diabétique.

Si je ne suis **pas en mesure de manger et de boire**, veuillez assurer un traitement par insuline (en maintenant l'usage de ma pompe, par infusion intraveineuse d'insuline ou avec de l'insuline basale avec des doses de correction d'insuline aux repas au besoin).

J'utilise de l'insuline \_\_\_\_\_ dans ma pompe.

**Les réglages habituels de ma pompe sont :**

|   |                     |  |                        |   |         |
|---|---------------------|--|------------------------|---|---------|
| <b>Marque/modèle de la pompe à insuline :</b> |                     | <b>Insuline utilisée dans la pompe :</b>     |                        |   |         |
| <b>Taux basal</b>                             |                     | <b>Ratio(s) insuline:glucides</b>            |                        | <b>Facteur(s) de sensibilité à l'insuline</b> |         |
| Heure   | Taux (unités/heure) | Heure  | Ratio (unités:grammes) | Heure   | Facteur |
| 00 h 00                                       |                     | 00 h 00                                      | 1:                     | 00 h 00                                       |         |
|   |                     |  |                        |   |         |
|   |                     |  |                        |   |         |
|   |                     |  |                        |   |         |
|   |                     |  |                        |   |         |
| <b>Cible glycémie mmol/L</b>                  |                     | <b>Temps d'action de l'insuline :</b>        |                        | <b>Trousse d'infusion privilégiée :</b>       |         |
| 00 h 00                                       | 5,0-7,0             | _____ heures                                 |                        | <b>Autres notes :</b>                         |         |
|   |                     | <b>Téléchargement dans le nuage (Cloud)?</b> |                        |   |         |
|   |                     | <b>Service : _____</b>                       |                        |   |         |
|   |                     | <b>Identifiant :</b>                         |                        |   |         |
|   |                     | <b>Mot de passe :</b>                        |                        |   |         |

Ma dose quotidienne totale d'insuline est d'environ \_\_\_\_\_ unités par jour (inscrire la moyenne des trois derniers jours).

Mon poids \_\_\_\_\_ kg ou \_\_\_\_\_ lb.

**Mon équipe de soins du diabète habituelle :**

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| <b>NOM</b> | <b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b> |
|            |                            |

**Mon plus proche parent :**

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| <b>NOM</b> | <b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b> |
|            |                            |

**Avertissement :** Ce document a été préparé sous les conseils d'endocrinologues praticiens mais ne remplace pas les conseils médicaux personnalisés fournis en milieu hospitalier.

Si je suis admis(e) à l'hôpital et que je suis **en mesure de manger**, je préfère continuer à utiliser ma pompe, si cela est sécuritaire ([www.ipumpit.ca](http://www.ipumpit.ca), en anglais seulement). S'il n'est pas possible ou sécuritaire de continuer à utiliser ma pompe, les directives suivantes pourraient être utiles :

- Alimentation diabétique - 1 800 calories par jour (60 grammes de glucides à chaque repas).
- Lectures de glycémie capillaire 4 fois par jour (avant chaque repas et au coucher).
- **NOTE : l'insuline doit être administrée dans les deux heures de l'arrêt de la pompe.**
- Optez pour une insuline à action prolongée à 50 à 60 % de la dose quotidienne totale indiquée ci-dessus.
  - Pour Lantus ou Basaglar – donnez 20 % de la dose basale au déjeuner et 80 % entre 18 h et 20 h
  - Pour Toujeo ou Tresiba – donnez la dose une fois par jour au déjeuner
- Administrez une dose d'insuline à action prolongée maintenant. *Vous pourriez envisager une moitié de la dose d'insuline à action prolongée si la dose prévue d'insuline est requise dans moins de 8 heures.*
- Pour les repas, ou pour traiter une hyperglycémie, veuillez garder la marque d'insuline que j'utilise habituellement dans ma pompe si possible\*.
  - La dose pour chaque repas peut être basée sur mon ratio insuline: glucides (par ex., 60 grammes de glucides avec un ratio de 1:10 = 6 unités). Je peux établir cette dose si l'information relative aux glucides m'est fournie aux repas.
  - Si je manque d'appétit, réduire l'insuline de 50 % aux repas.
  - Ajoutez le nombre suivant d'unités à ma dose si mon taux de glycémie avant le repas n'est pas dans l'écart cible (4-10 mmol/L).

| Facteur de sensibilité à l'insuline $\geq 2,6$ |   | OU | Facteur de sensibilité à l'insuline $\leq 2,5$ |   |
|--|---|----|--|---|
| Glycémie avant les repas (mmol/L)              | Dose de correction d'insuline aux repas (unités) à ajouter ou à soustraire de l'insuline habituelle aux repas |    | Glycémie avant les repas (mmol/L)              | Dose de correction d'insuline aux repas (unités) à ajouter ou à soustraire de l'insuline habituelle aux repas |
| <4   | Réduire la dose de 2 unités (et manger)   |    | <4   | Réduire la dose de 2 unités (et manger)   |
| 4-9,9  | 0 unité   |    | 4-9,9  | 0 unité   |
| 10-12,9  | +1 unité  |    | 10-11,9  | +1 unité  |
| 13-15,9  | +2 unités   |    | 12-13,9  | +2 unités   |
| >16  | +3 unités   |    | 14-15,9  | +3 unités   |
|  |   |    | >16  | +4 unités   |

Note : Revoir les doses d'insuline quotidiennement et réviser si les valeurs cibles du glycémie ne sont pas atteintes (voir les ressources ci-dessous).

**\*Insulines de rechange** – s'il n'est pas possible de continuer à utiliser ma marque habituelle d'insuline, les marques d'insuline suivantes peuvent être utilisées sans avoir à apporter des modifications majeures aux doses :

Apidra

FiAsp

Humalog

Novorapid

**Ressources/autres informations :**

- [Traitement par bolus d'insuline : http://www.bbit.ca/](http://www.bbit.ca/) (en anglais seulement)

**Avertissement :** Ce document a été préparé sous les conseils d'endocrinologues praticiens mais ne remplace pas les conseils médicaux personnalisés fournis en milieu hospitalier.

- [Traitement par pompe à l'hôpital: https://www.albertahealthservices.ca/scns/Page13209.aspx](https://www.albertahealthservices.ca/scns/Page13209.aspx) (en anglais seulement)
- En cas de problèmes techniques avec la pompe, communiquez avec le fabricant :
  - Medtronic: 1 800 284-4416
  - Omnipod : 1 844 207-9982
  - Tandem : 1 833 509-3598