

## Formulaire d'inscription des groupes de suivi-DIAfit dans le registre du programme DIAfit Suisse

Vos données figureront dans le registre des groupes de suivi-DIAfit du programme DIAfit Suisse. Celui-ci peut être téléchargé sur [www.diafit.ch](http://www.diafit.ch) et est envoyé aux personnes intéressées. Les groupes de suivi-DIAfit inscrits peuvent demander, à tout moment, au programme DIAfit Suisse de modifier leurs données, et seront invités à réactualiser leurs données au moins tous les deux ans. Le programme DIAfit Suisse n'assume aucune responsabilité concernant l'exactitude des données. La responsabilité pour la qualité du travail du groupe de suivi-DIAfit incombe au médecin responsable et au(x) moniteur(s) DIAfit.

Le programme DIAfit Suisse se réserve le droit de contrôler les indications fournies. Si l'institution n'a pas fourni de réponse complète à certaines questions, elle ne pourra pas être admise dans le registre des groupes de suivi-DIAfit. Ceci concerne notamment les informations sur les points suivants :

- Médecin responsable
- Responsable du programme d'activité physique pouvant justifier d'une formation spécifique
- Programme d'activité physique
- Concept de sécurité et d'urgence

### Informations pour l'admission dans le registre des groupes DIAfit

<b>Nom du groupe de suivi-DIAfit</b>	
<b>Lieu</b>	
<b>Site Internet (s'il existe)</b>	
<b>Personne et adresse de contact pour informations</b> (pour inscription et informations générales)	<b>Nom :</b> <b>Adresse :</b>  <b>Tél prof. :</b> <b>Tél privé :</b> <b>E-mail :</b>
Médecin responsable	<b>Titre, nom :</b> <b>Adresse :</b>  <b>Tél.:</b> <b>E-mail :</b>  Titre FMH <input type="checkbox"/> Diabétologie et endocrinologie <input type="checkbox"/> autres :  <input type="checkbox"/> Formation médicale en tant que responsable de groupe DIAfit <input type="checkbox"/> Direction amb. programme de réadaptation de diabétiques sur 12 semaines

<p><b>Autres médecins</b></p>	<p><b>Titre, nom :</b>  <b>Adresse :</b></p> <p>Titre FMH    <input type="checkbox"/> Diabétologie et endocrinologie  <input type="checkbox"/> autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Formation médicale en tant que responsable de groupe DIAfit  <input type="checkbox"/> Direction amb. programme de réadaptation pour diabétiques sur 36 séances</p>
<p><b>Moniteur responsable DIAfit ou responsable entraînement DIAfit</b></p>	<p><b>Nom :</b>  <b>Adresse :</b></p> <p><b>Tél.:</b>  <b>E-mail :</b>  <u>Formation :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Moniteur avec formation DIAfit  <input type="checkbox"/> Physiothérapeute  <input type="checkbox"/> Professeur de sport / sciences du sport  <input type="checkbox"/> autres qualifications (p. ex. Qualitop) :</p>
<p><b>Autres moniteurs</b></p>	<p><b>Nom :</b>  <b>Adresse :</b></p> <p><u>Formation :</u></p> <p>Moniteur :    <input type="checkbox"/> Moniteur avec formation DIAfit  <input type="checkbox"/> Physiothérapeute  <input type="checkbox"/> Professeur de sport / sciences du sport  <input type="checkbox"/> autres qualifications (p. ex. Qualitop) :</p> <hr/> <p><b>Nom :</b>  <b>Adresse :</b></p> <p><u>Formation :</u></p> <p>Moniteur :    <input type="checkbox"/> Moniteur avec formation DIAfit  <input type="checkbox"/> Physiothérapeute  <input type="checkbox"/> Professeur de sport / sciences du sport  <input type="checkbox"/> autres qualifications (p. ex. Qualitop) :</p>

<p><b>Programme d'activité physique</b></p> <p>Veillez définir les activités, p. ex. gymnastique, aquafit, marche, musculation,...</p> <p>Lorsque plusieurs moments et/ou lieux d'entraînement existent par activité, veuillez les indiquer également.</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Activité 1:</u> _____</p> <p>Jour/heure :</p> <p>Lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Activité 2:</u> _____</p> <p>Jour/heure :</p> <p>Lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Activité 3:</u> _____</p> <p>Jour/heure :</p> <p>Lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Activité 4:</u> _____</p> <p>Jour/heure :</p> <p>Lieu :</p>
<p><b>Autres offres régulières</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Conférences                      <input type="checkbox"/> Gestion du stress/techniques de relaxation</p> <p><input type="checkbox"/> Conseils diététiques              <input type="checkbox"/> Excursions</p> <p><input type="checkbox"/> Conseils désaccoutumance au tabac      <input type="checkbox"/> autres :</p>
<p><b>Coûts à la charge des participants</b></p>	<p>Fr. par séance d'entraînement</p> <p>Fr. par an</p> <p>Fr. par semestre</p> <p>Fr. par trimestre</p> <p>Autres frais :</p> <p>Remarques (p. ex. rabais supplémentaires) :</p>

Informations supplémentaires (ne sont pas publiées dans le registre officiel des groupes suivi-DIAfit)															
Nom du groupe suivi-DIAfit															
Lieu															
Année de création															
Forme d'organisation (p. ex. association)															
Nombre de membres	Actifs : <span style="margin-left: 150px;">Passifs :</span>														
Membres	<input type="checkbox"/> Principalement des patients atteints de diabète sucré <input type="checkbox"/> Membres présentant d'autres maladies ou risques, à savoir :														
Programme spécifique destiné aux patients diabétiques	<b>Veillez joindre une description.</b>														
Concept de sécurité et d'urgence	<p>Le groupe de suivi-DIAfit dispose d'un concept de sécurité et d'urgence, approuvé par le médecin responsable, régulièrement actualisé et dont les membres sont informés.</p> <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span>														
	<p><b>Veillez joindre le concept de sécurité et d'urgence.</b></p> <p>Le groupe de suivi-DIAfit dispose d'un défibrillateur externe automatique (DEA), contrôlé régulièrement. (facultatif)</p> <input type="checkbox"/> oui <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> non</span>														
Événements avec complications sévères	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: right;">Mois/année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aucun</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Complication cardiovasculaire sans arrêt cardiaque et hospitalisation</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque / réanimation</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hypoglycémie sévère nécessitant un traitement</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hyperglycémie sévère nécessitant un traitement</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres :</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Après consultation du médecin responsable, les détails ont été clarifiés et notés.</p> <p>Remarques sur l'évolution :</p>		Mois/année	<input type="checkbox"/> Aucun		<input type="checkbox"/> Complication cardiovasculaire sans arrêt cardiaque et hospitalisation	/	<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque / réanimation	/	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie sévère nécessitant un traitement	/	<input type="checkbox"/> Hyperglycémie sévère nécessitant un traitement	/	<input type="checkbox"/> Autres :	/
	Mois/année														
<input type="checkbox"/> Aucun															
<input type="checkbox"/> Complication cardiovasculaire sans arrêt cardiaque et hospitalisation	/														
<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque / réanimation	/														
<input type="checkbox"/> Hypoglycémie sévère nécessitant un traitement	/														
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie sévère nécessitant un traitement	/														
<input type="checkbox"/> Autres :	/														

**Le signataire confirme que les informations sont correctes.**

Nom, prénom, responsable du groupe de suivi-DIAfit

Lieu, date :

Signature :

**Annexes demandées**

- **Concept de sécurité et d'urgence**
- **Programme spécifique destiné aux patients diabétiques**

Le formulaire peut également être téléchargé sur le site [www.diafit.ch](http://www.diafit.ch), après un login avec un mot de passe personnel.

**Veillez envoyer vos données à :**  
Programme DIAfit Suisse  
Mme Catherine Marchand  
Prévention et réadaptation cardiovasculaire,  
Hôpital de l'Île  
3010 Bern  
Fax **031 632 8977**, E-Mail [info@diafit.ch](mailto:info@diafit.ch)

**Merci beaucoup !**