

Behandelingsprotocol en protocolfiches van type 2-diabetes in de 1^{ste} lijn

Versie 2017



Dit behandelingsprotocol is een initiatief van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Brugge - Oostende - Houtland waarbij diabetologen van de conventiecentra en de huisartsen van de huisartsenkringen HABO, Middenkust en Houtland samen tot deze realisatie kwamen.

Diabetes Project Leuven (DPL) gaf de toestemming om hun behandelingsprotocol rond type 2 diabetes als basis voor het hiernavolgende behandelingsprotocol te gebruiken.

 **LMN**
Lokaal Multidisciplinair Netwerk
BRUGGE • OOSTENDE • HOUTLAND

INHOUDSOPGAVE

Inleiding en doelstelling	3
1. Vroegtijdige opsporing en diagnose	5
1.1 Flowchart vroegtijdige opsporing en diagnose	6
1.2 Risicofactoren, symptomen of complicaties van diabetes	6
1.2.1 Risicofactoren	6
1.2.1.1 Algemeen screeningsinstrument: Findrisk	
1.2.1.2 Wie screent u sowieso?	
1.2.2 Symptomen en complicaties	7
2. Glycemiecontrole en cardiovasculair risicobeheer	8
2.1 Type 2-diabetes ==> Hoog cardiovasculair risico	8
2.2 Evidence based targets	8
2.3 Lifestyle	9
2.4 Glycemiecontrole: Algoritme	10
2.4.1 Voor- en nadelen van insuline- of incretinetherapie	12
2.4.2 Insulinepreparaten	12
2.5 Opstarten injectietherapie bij falen OAD-behandeling	13
2.5.1 Praktische richtlijnen 1 injectie langwerkende insuline	13
2.5.2 Falen 1 injectie	13
2.5.2.1 Combinatie 1 injectie langwerkende en 1 injectie kortwerkende insuline	
2.5.2.2 Combinatie 1 injectie insuline en GLP-1 analoog	
2.5.2.3 Gebruik menginsulines	
2.5.3 Opstart GLP-1 analogen	15
2.6 Bloeddruk en het gebruik van bloeddrukverlagende middelen	16
2.7 Anti-aggregantia	17
2.8 Lipidencontrole	17
3. Vroegtijdig opsporen en behandelen van chronische verwikkelingen	18
3.1 Retinopathie	18
3.2 Nefropathie	19
3.3 Neuropathie	20
3.4 Voetcontrole	21
4. Communicatie:	
Wat meegeven bij jaarlijks onderzoek bij endocrinoloog	22

INLEIDING EN DOELSTELLING

De werkgroep van het LMN Brugge-Oostende-Houtland heeft dit document opgesteld ter ondersteuning van huisartsen in de zorg voor type 2-patiënten. Ze baseerden zich hiervoor op het behandelingsprotocol dat in Leuven werd opgemaakt in het kader van het diabetesproject Leuven.

Er is gekozen gans het spectrum van type 2 diabetes te bestrijken, eerder dan het te beperken tot de doel-populatie van de zorgtrajecten. De standaardzorg wordt hier in 3 hoofdstukken onderverdeeld met een aantal subparagrafen :

1. Vroegtijdige opsporing en diagnose NIET DIABETEN

2. Glucosecontrole en Cardiovasculair risicobeheer DIABETEN

1. Lifestyle
2. Glycemie
3. Bloeddruk
4. Bloedstolling
5. Lipiden

3. Opsporing en behandeling van chronische verwikkelingen

1. Retinopathie
2. Nefropathie
3. Neuropathie
4. De diabetische voet

De “standaardzorg” van de huisarts wordt in dit document via een aantal beslisbomen in kaart gebracht en is zoveel mogelijk gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. De endocrinologen betrokken bij de zorg in de regio engageren zich om dit behandelingsprotocol aan te passen als uit wetenschappelijke richtlijnen blijkt dat dit noodzakelijk is en rekening houdend met feedback vanuit de huisartsengroepen in onze regio.

Deze bundel is een hulpmiddel dat huisartsen op een heldere en juiste manier gidst door vroegtijdige opsporing van diabetes en de periodieke zorg voor hun diabetespatiënten. Op sommige punten kan de zorg ook door andere zorgverleners dan de huisarts worden verleend. De huisarts verwijst dan door naar de respectievelijke zorgverleners.

Voor de regelgeving rond zorgtrajecten verwijzen wij naar www.zorgtraject.be

Dit behandelingsprotocol vindt u ook op de website van het LMN BOH: www.zorgtrajectboh.be

INLEIDING EN DOELSTELLING

Parameters door de huisarts op te volgen :

ANAMNESE	Dieet/gezonde voeding Roken Lichaamsbeweging Controle medicatie inname Cardiovasculaire klachten Hypoglycemie/hyperglycemie	
ONDERZOEK	BMI (gewicht/lengte ²) Bloeddruk	3-maandelijks
LABO	HbA1c Glycemie (bij voorkeur nuchter)	3 à 6-maandelijks
ANAMNESE	Polyneuropathie: paresthesieën, mictieproblemen, sex. problemen, constipatie	
ONDERZOEK	Uitgebreid voetonderzoek (monofilament + pulsaties) EKG	minstens jaarlijks
LABO	Creatinine en/of creatinine clearance Totaal cholesterol HDL cholesterol LDL cholesterol Triglyceriden Micro-albuminurie op creatinine Electrolyten Levertesten Schildkliertesten Urinezuur	jaarlijks
PREVENTIE	Griepvaccin Pneumococcenvaccin overwegen	jaarlijks 5-jaarlijks
VERWIJZINGEN	Educator: verplichte opstarteducatie bij zorgtraject in aantal gevallen, opvolgeducatie Diabetoloog Diëtist Podoloog <i>Oftalmologisch onderzoek</i> <i>Cardioloog</i>	bij voorkeur minstens jaarlijks 1 keer per jaar verplicht bij zorgtraject } bij voorkeur minstens jaarlijks jaarlijks

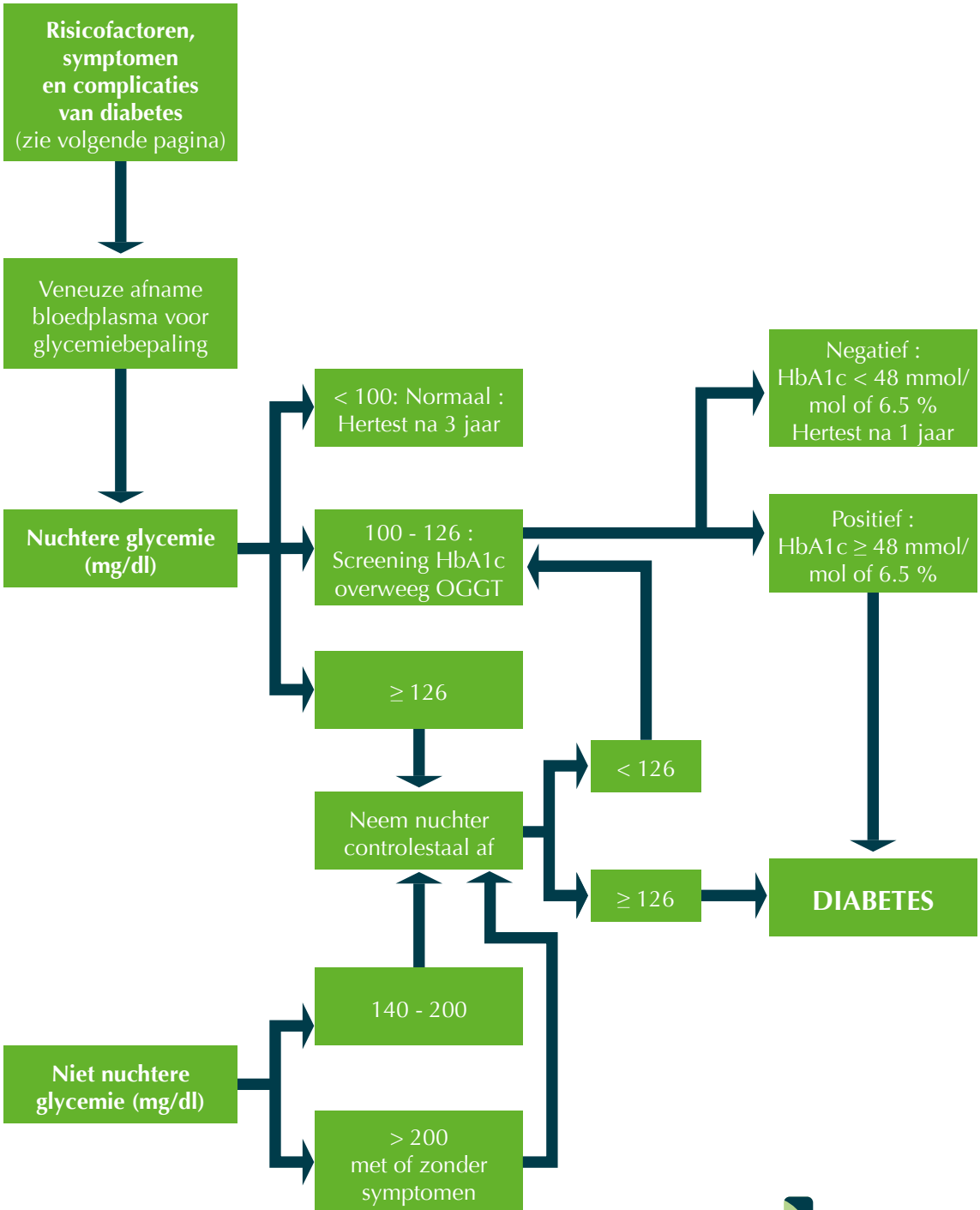
De huisarts is de ankerpersoon die het opvolgen van en streven naar de therapeutische doelstellingen in handen neemt.

De streefwaarden worden idealiter in overleg met de patiënt bepaald.

De huisarts kan tevens beslissen om de streefwaarden te bereiken in samenwerking met andere disciplines.

1. VROEGTIJDIGE OPSPORING EN DIAGNOSE

1. 1 Flowchart vroegtijdige opsporing en diagnose



1. VROEGTIJDIGE OPSPORING EN DIAGNOSE

1.2 Risicofactoren, symptomen of complicaties van diabetes

1.2.1 Risicofactoren

1.2.1.1 Algemeen screeningsinstrument: Findrisk

Leeftijd <i>Patiënt is...</i> Jonger dan 45j. (0 p.) Tussen 45j en 54j (2 p.) Tussen 55j en 64j (3 p.) 65j of ouder (4 p.)	Gewicht <i>BMI van patiënt is...</i> Lager dan 25 (0 p.) Tussen 25 en 30 (1 p.) Meer dan 30 (3 p.)	Buikomtrek <i>Deze meet...</i> Man < 94cm / vrouw < 80cm (0 p.) Man 94 - 102cm / vrouw 80 - 88cm (3 p.) Man > 102 cm / vrouw > 88 cm (4 p.)
Beweging <i>Patiënt beweegt dagelijks minstens een halfuur?</i> Ja (0 p.) Nee (2 p.)	Gezonde voeding <i>Patiënt eet dagelijks groenten en fruit?</i> Ja (0 p.) Nee (1 p.)	Bloeddruk <i>Nam de patiënt ooit medicatie tegen hoge bloeddruk?</i> Nee (0 p.) Ja (2 p.)
Bloedsuikerwaarde <i>Werd er ooit een verhoogde bloedsuikerwaarde vastgesteld?</i> Nee (0 p.) Ja (5 p.)	Erfelijkheid <i>Is er een erfelijke factor aanwezig?</i> Nee (0 p.) Ja, grootouder, oom, tante, neven nichten in de eerste graad, geen ouder, broer, zus of kind. (3 p.) Ja, ouder, broer, zus of kind. (5 p.)	

EINDSCORE diabetes type 2:

- < 7 punten: Risico is **laag**
- 7 - 11 punten: Risico is **licht verhoogd**
- 12 - 26 punten: Risico is **sterk verhoogd**

Herhaal jaarlijks de bloedafname bij prediabetes (intermediaire hyperglycemie) of bij een verhoogd risicoprofiel (FINDRISK-score ≥ 12); herhaal driejaarlijks bij een normaal laboresultaat.

1.2.1.2 Wie screent u sowieso?

A. Bij personen < 45 jaar

- Bij voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes
- Bij voorgeschiedenis van stoornissen in de glycemie: gestoorde nuchtere glycemie (IFG), gestoorde glucosetolerantie (IGT) of hyperglycemie; vastgesteld ter gelegenheid van een interventie of een ziekenhuisopname
- Bij vervulling van minstens TWEE van de volgende voorwaarden :
 - Voorgeschiedenis van een bevalling van een baby van meer dan 4 kg
 - Diabetes bij eerstegraadsverwanten
 - BMI > 25 kg/m²
 - Buikomtrek > 80-88 cm (vrouwen) of > 94-102 cm (mannen)
 - Behandeling voor hoge bloeddruk
 - Chronische corticoïdenbehandeling

zo mogelijk jaarlijks

1. VROEGTIJDIGE OPSPORING EN DIAGNOSE

B. Bij personen van 45 t/m 64 jaar

Zelfde regel als hierboven, maar aanwezigheid van één enkele voorwaarde is voldoende. Daarboven dient voor elke nuchtere bloedafname, voor om het even welke aanwijzing, een glycemie aangevraagd te worden.

C. Bij personen van 65 jaar en ouder

Een jaarlijkse nuchtere bloedafname ter bepaling van het suikergehalte is aangewezen voor heel de bevolking, zelfs in afwezigheid van de vermelde risicofactoren.

1.2.2 Symptomen en complicaties

- Dorst
- Polyurie, nycturie, incontinentie
- Vermagering
- Recidiverende urinaire infecties
- Recidiverende vaginale infecties
- Recidiverende balanitis
- Neuropatische pijnen of gevoelsstoornissen in de onderste ledematen
- Voetwonden
- Visusvermindering
- Cardiovasculaire aandoeningen (coronair ischaemisch hartlijden, cerebrovasculair accident, perifere vaatlijden)
- Potentiestoornissen

2.1 Type 2-diabetes ► Hoog cardiovasculair risico

Type 2-diabetespatiënten hebben een hoog cardiovasculair risico.

Type 2-diabetespatiënten verdienen dan ook een “full treatment” gericht op het verbeteren van alle veranderlijke risicofactoren.

2.2 Evidence based targets

	EBM-doelstellingen
Lifestyle	<ul style="list-style-type: none">* Niet roken* Gezonde voeding* 10% gewichtsverlies, BMI <25 kg/m², buikomtrek <88cm (vrouw) of <102cm (man)* 5 x 30 minuten/week lichamelijke inspanning
Glycemie	<ul style="list-style-type: none">* HbA1c < 53 mmol/mol of 7%* Metformine standaard
Bloeddruk	<ul style="list-style-type: none">* SBD <140 mmHg* DBD <80mmHg* Standaard ACE-inhibitie indien HT of nefropathie
Bloedstolling cf. 2.7	<ul style="list-style-type: none">* Acetylsalicylzuur
Lipiden	<ul style="list-style-type: none">* Standaard statinebehandeling* Zo laag mogelijk (LDL-C < 70 mg/dl)* HDL-C > 40 mg/dl

2. GLYCEMIECONTROLE EN CARDIOVASCULAIR RISICOBEBEER

Targets en therapie te individualiseren

	Strenger	Minder streng	
Patiëntattitude en verwachte behandelingsinspanningen	Zeer gemotiveerd, adherent, uitstekende zelfzorg-capaciteiten	Minder gemotiveerd, niet-adherent, zwakke zelfzorg-capaciteiten	
Risico's die mogelijk samenhangen met een hypoglycemie, andere nadelige gevolgen	Laag	Hoog	
Ziekte duur	Pas gediagnosticeerd	Langdurig	
Levensverwachting	Lang	Kort	
Belangrijke comorbiditeit	Afwezig	Weinig/Mild	Ernstig
Gevestigde vasculaire complicaties	Afwezig	Weinig/Mild	Ernstig
Hulpmiddelen, ondersteuningssysteem	Gemakkelijk beschikbaar	Beperkt	
HbA1c	6.5%	7%	8%

2.3 Lifestyle

Item	Doelstelling	Inhoud	Frequentie	Verantw.
Voeding	Gezonde voeding Doorverwijzing en basisprincipes gezonde voeding.	Opvolging en motivatie	3 maandelijks	Huisarts
		Uitgebreid dieetadvies	jaarlijks	Diëtist
BMI	BMI < 25 kg/m ² 10% gewichtsverlies	Opvolgen gewicht	3 maandelijks	Diëtist Huisarts
Beweging	> 30 minuten matige beweging, 5x per week	Opvolgen en motivatie lichaamsbeweging	3 maandelijks	Huisarts Educator
Roken	Rookstop (indien roker)	(minimale) interventie	3 maandelijks	Huisarts Educator

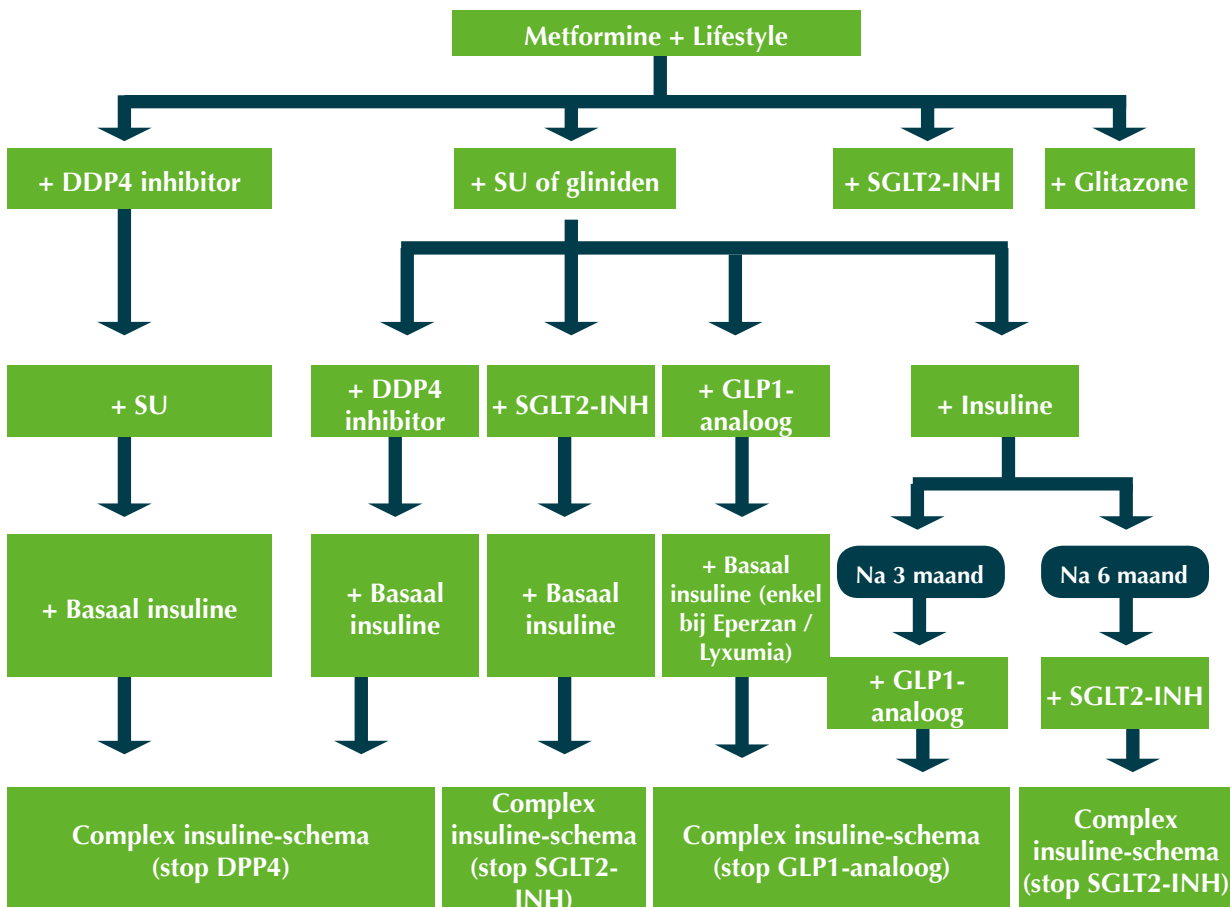
2. GLYCEMIECONTROLE EN CARDIOVASCULAIR RISICOBEBEER

2.4 Glycemiecontrole: Algoritme

*Bij creatineklaring < 30 ml/min
Contra-indicatie voor metformine en vele andere per-
orale anti-diabetica en incretinemimetica*

↓ = bij onvoldoende controle

Glycemiecontrole: Algoritme bij normale nierfunctie (creatinineklaring >60 ml/min)



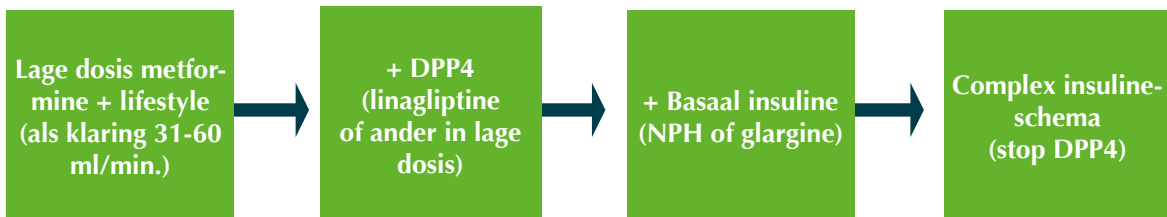
De glycemie - bij voorkeur nuchter - en HbA1c dient driemaandelijks opgevolgd te worden. Als de streefwaarde bereikt wordt, volstaat 6-maandelijks controle.

2. GLYCEMIECONTROLE EN CARDIOVASCULAIR RISICOBEBEER

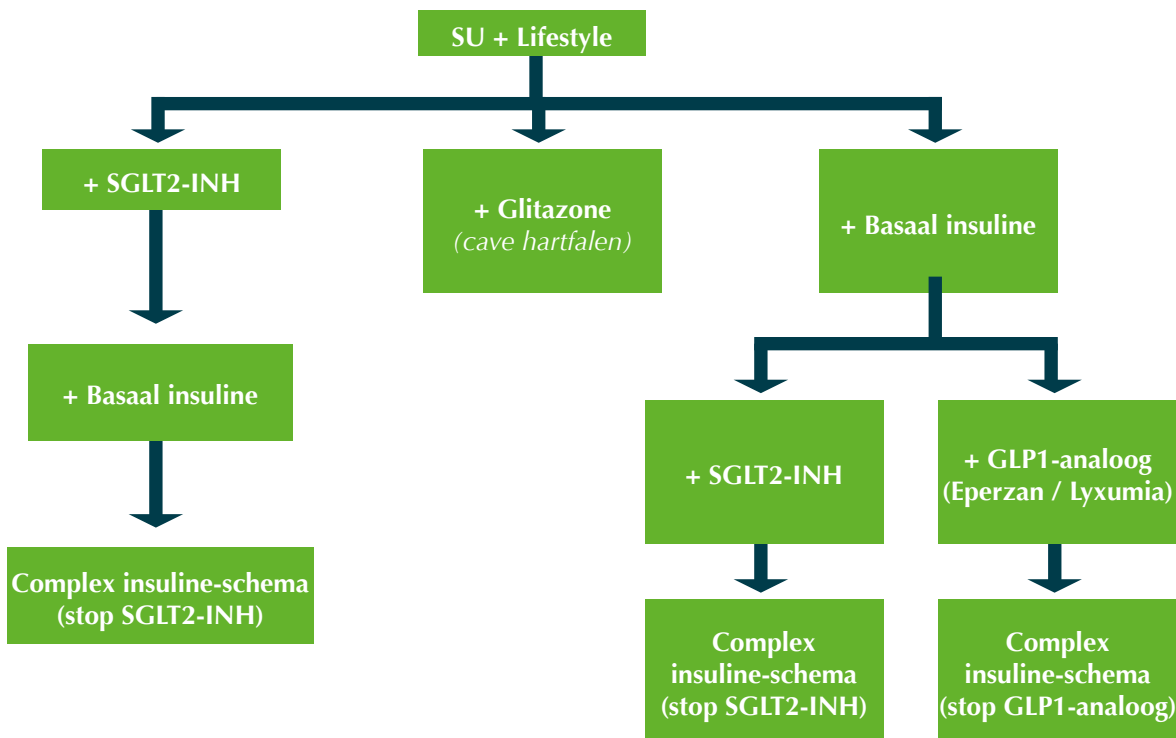
Glycemiecontrole: Algoritme bij verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 60 ml/min.)

GEEN GLP1-analogen
GEEN SGLT2-INH

➔ = bij onvoldoende controle



Glycemiecontrole: Algoritme bij intolerantie van metformine



2. GLYCEMIECONTROLE EN CARDIOVASCULAIR RISICOBEBEER

2.4.1 Voor- en nadelen van insuline- of incretinetherapie

Insulinetherapie	Incretinetherapie
Voordelen	Voordelen
<ul style="list-style-type: none">• Lang gekend• Sterke glycemiedaling mogelijk	<ul style="list-style-type: none">• Eenvoudig• Geen risico op hypoglycemie• Geen gewichtstoename (wel afname)
Nadelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none">• Risico voor hypoglycemie• Risico voor gewichtstoename• Nood aan educatie ++	<ul style="list-style-type: none">• Nausea• Kost ++• Slechts terugbetaald bij HbA1c \geq 7.5

2.4.2 Insulinepreparaten

Mengpreparaten (het getal wijst op het percentage snelwerkende insuline in het mengsel)	Traagwerkende preparaten
Humane insuline	Humane insuline
<ul style="list-style-type: none">• Humuline 30/70 (Eli Lilly)	<ul style="list-style-type: none">• NPH (Eli Lilly)• Insulatard (Novo Nordisk)• Insuman Basal (Sanofi-Aventis)
Analogen	Analogen
<ul style="list-style-type: none">• Humalog Mix 25 (Eli Lilly)• Novomix 30 (Novo Nordisk)	<ul style="list-style-type: none">• Lantus (Sanofi-Aventis)• Toujeo (Sanofi-Aventis)• Abasaglar (Eli Lilly)

Let wel: enkel Lantus is terugbetaald in zorgtraject wanneer hypoglycemie op 1 injectie traagwerkend humaan in combinatie met OAD (geen attest meer nodig).

2.5 Opstarten injectietherapie bij falen OAD-behandeling

2.5.1 Praktische richtlijnen 1 injectie langwerkende insuline

- Continueren van OAD (glitazones niet)
- 1 injectie humaan traagwerkend (bij avondeten of bedtijd):
8-10 E Insulatard of Humuline NPH of Insuman Basal
Aantal E = lichaamsgewicht/10
- Wekelijkse dosisaanpassing (op basis van gemiddelde van 2 à 3 nachtere glycemieën)

> 120 mg/dl	+ 2 E
> 180 mg/dl	+ 4 E

- Streefdoel nachtere glycemie: 80-120 mg/dl
- Maximale insulinedosis: aantal eenheden = lichaamsgewicht/2

- Hypoglycemie

Nuchtere glycemie < 70 mg/dl Of Nachtelijke hypo	Dosis verlagen met 2 à 4 E
Ernstige nachtelijke hypoglycemie	Overschakeling Lantus – Toujeo – Abasaglar
Hypoglycemie overdag	Dosis perorale therapie verlagen (sulfonylurea)

2.5.2 Falen 1 injectie

2.5.2.1 Combinatie 1 injectie langwerkende en 1 injectie kortwerkende insuline

Bij het niet bereiken van de targets (HbA1c < 53 mmol / mol of 7 %) of de individuele doelstellingen, is het aangewezen om een dagcurve te laten uitvoeren. Indien de dagcurve afwijkend is, wordt snelwerkende insuline opgestart:

- Voor ontbijt: wanneer de middagwaarden te hoog zijn
- Voor avondmaal: wanneer de waarden voor het slapen gaan te hoog zijn

Er wordt gestart met 4 eenheden, verder aan te passen naargelang de dagcurves.

2.5.2.2 Combinatie 1 injectie insuline en GLP-1 analoog

- Lyxumia (1/daags)
- Eperzan (1/week)

2.5.2.3 Gebruik menginsulines

Indicaties:

- Onvoldoende controle met orale antidiabetica, met of zonder 1 injectie insuline voor het slapen
- Regelmatig dag - en slaappatroon

Startend van orale antidiabetica:

- Behoud metformine en stop alle andere perorale antidiabetica.
- Start menginsuline (30% snelle) aan dosis: gewicht in kg/4 met 2/3 hiervan voor het ontbijt en 1/3 voor het avondeten.

Volg optitratieschema :

Wekelijkse dosisaanpassing

Ochtenddosering op basis van gemiddelde preprandiale glycemie 's middags en 's avonds.
Avonddosering op basis van gemiddelde glycemie voor slapen gaan en nuchtere glycemie.

120 mg/dl: + 2E

180 mg/dl: + 4E

Wat bij hypoglycemieën:

- Bij voorkomen van hypoglycemieën: steeds mogelijke oorzaken nagaan (fysieke inspanningen, minder gegeten ...)
- Patiënt bijkomend educeren ivm te nemen preventieve maatregelen (vb extra KH snack voor fysieke inspanningen)
- Zonodig insulinedosis met 10-20% reduceren

Ps: injectie: humane menginsuline 20 tot 30 minuten voor de maaltijd.

2.5.3 Opstart GLP-1 analogen

Kijk steeds de terugbetalingscriteria na. HbA1c >7,5 bij start.

Byetta:

- Opstartdosis 2x5 µg/d, subcutaan toe te dienen 15 min voor ontbijt en avondeten
- Als HbA1c bij start ≤ 64 mmol/mol of 8.0 % dosis SU halveren
- Niet in combinatie met DPP-4 inhibitoren, insuline, glitazone en SGLT2-inhibitoren, andere OAD verder geven
- Na 1 maand en in geval van goede tolerantie Byetta verhogen naar 2 x 10 µg/d (SU dosis te herevalueren)

Victoza:

- Opstartdosis 1 x 0.6 mg, subcutaan toe te dienen op vast tijdstip (niet specifiek verbonden aan een maaltijd)
- Als HbA1c bij start ≤ 64 mmol/mol of 8.0 % dosis SU halveren
- Niet in combinatie met DPP-4 inhibitoren, insuline, glitazone en SGLT2-inhibitoren, andere OAD verder geven
- Na 1 week en in geval van goede tolerantie Victoza te verhogen naar 1.2 mg/d (SU dosis te herevalueren)

Lyxumia:

- Opstartdosis 10 microgram per dag, toe te dienen bij de hoofdmaaltijd.
- Na 2 weken verhogen naar 20 microgram
- Niet in combinatie met DPP-4 inhibitoren, glitazone en SGLT2-inhibitoren, kan evt. gecombineerd worden met basale insuline

Bydureon:

- 1 vaste dosis (2 mg) per week, toe te dienen op een vast tijdstip naar keuze
- Niet in combinatie met DPP-4 inhibitoren, insuline, glitazone en SGLT2-inhibitoren, andere OAD verder geven

Eperzan:

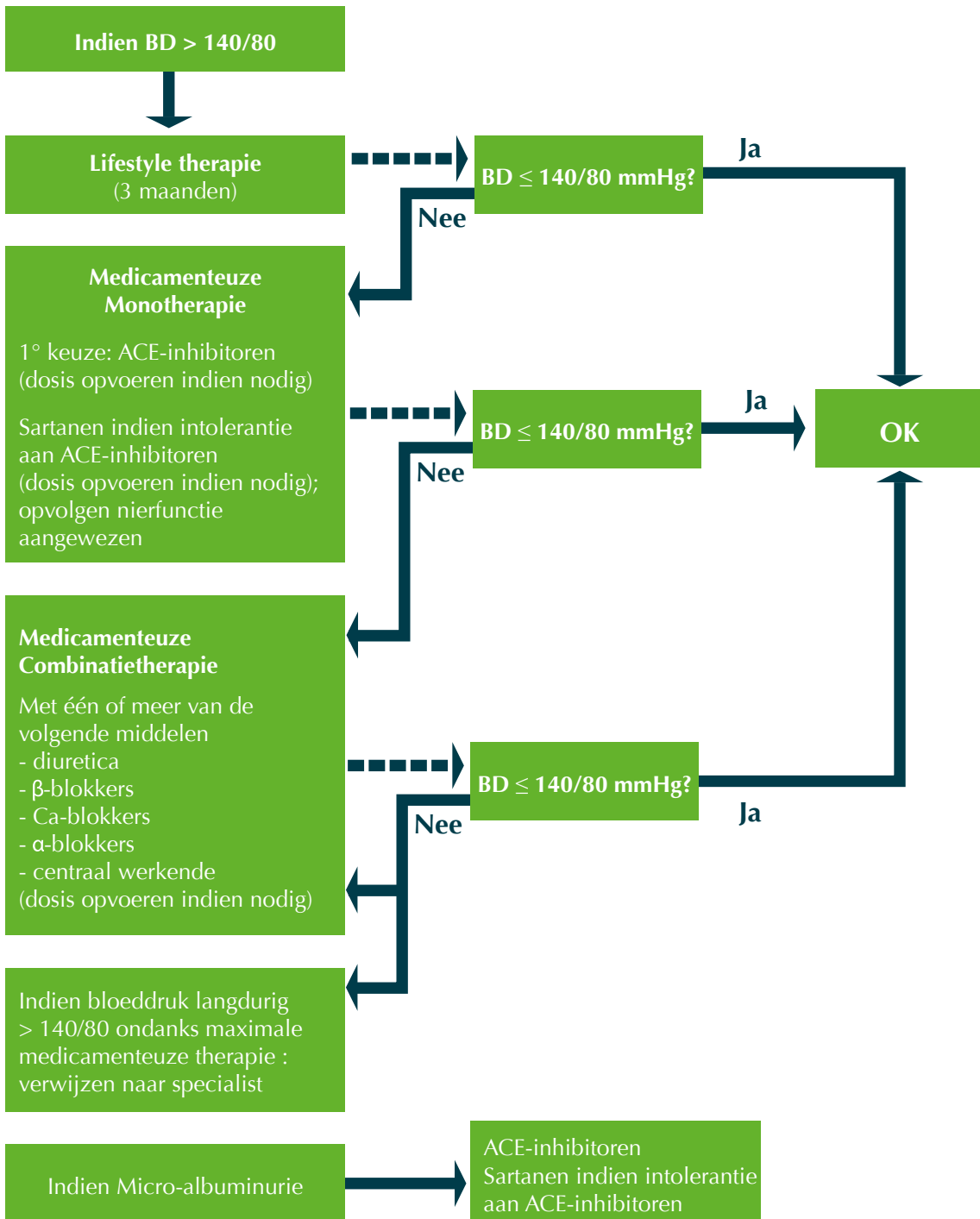
- Start met 30 mg 1 x per week
- Evt. op te drijven naar 50 mg per week, i.f.v. de waarden
- Niet in combinatie met DPP-4 inhibitoren, glitazone en SGLT2-inhibitoren, kan evt. gecombineerd worden met basale insuline

Trulicity:

- 1 vaste dosis (1.5 mg) per week, toe te dienen op een vast tijdstip naar keuze.
- Niet in combinatie met DPP-4 inhibitoren, insuline, glitazone en SGLT2-inhibitoren, andere OAD verder geven.

2. GLYCEMIECONTROLE EN CARDIOVASCULAIR RISICOBEBEER

2.6 Bloeddruk en het gebruik van bloeddrukverlagende middelen



2.7 Anti-aggregantia

Lage dosis aspirine: bij diabetici met **CV risico > 10%** dwz¹:

Mannen (> 50 jaar) - vrouwen (> 60 jaar) met *1 of meer CV risicofactoren*

Roken - hypertensie - dyslipidemie - familiale voorgeschiedenis - microalbuminurie

2.8 Lipidencontrole

Standaard statines voorschrijven:

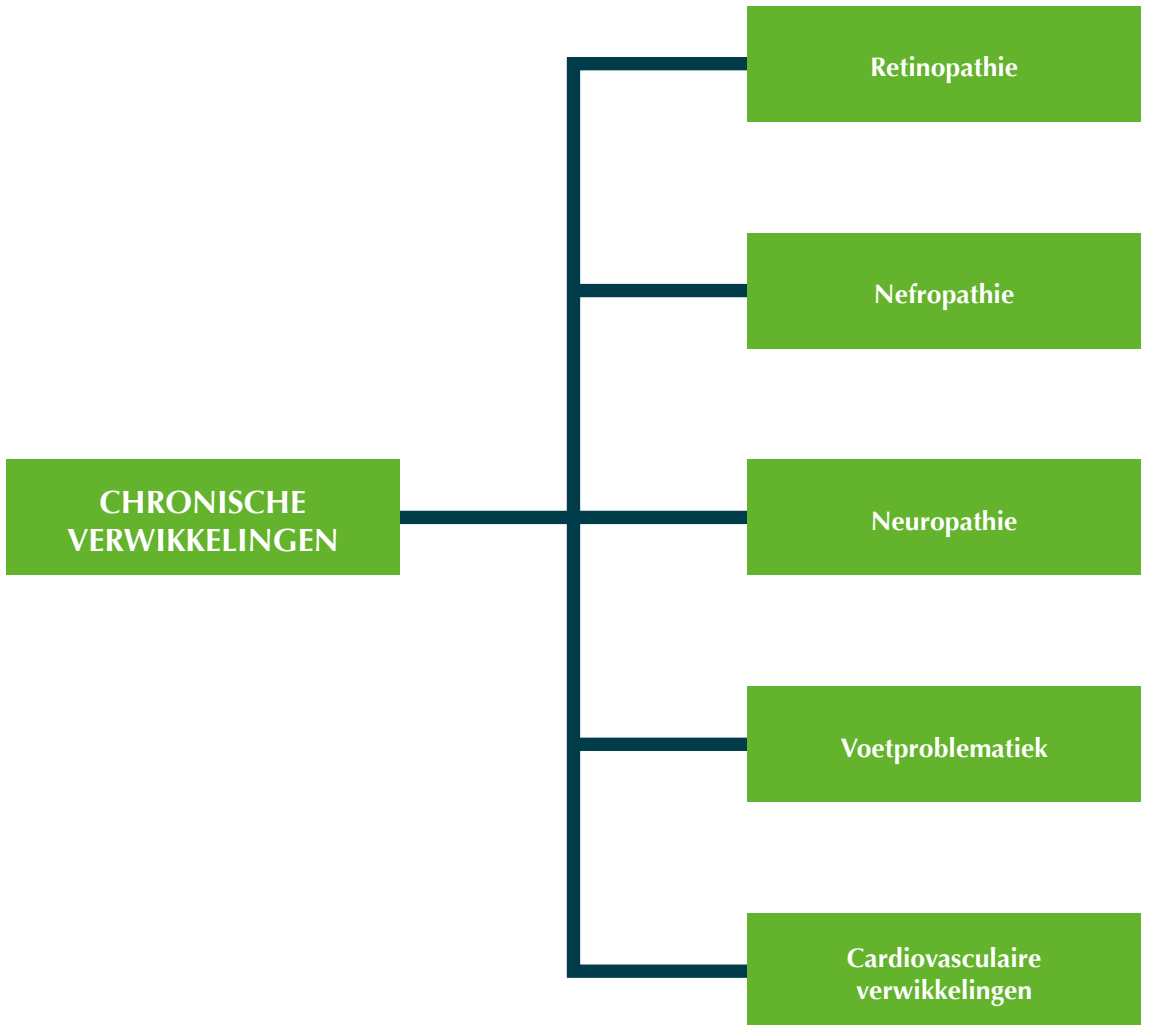
Beginnen met 40 mg simvastatine of 20-40 mg atorvastatine of 40 mg pravastatine.

Bij onvoldoende controle overschakelen op combinatietherapie (statine + ezetimibe) of krachtiger werkend statine (rosuvastatine).

Streefwaarden (nuchter) Totaal Cholesterol < 175 mg/dl
LDL-Cholesterol < 100 mg/dl - (< 70 mg/dl)
HDL-Cholesterol > 40 mg/dl
Triglyceriden < 150 mg/dl

Fibraten: enkel overwegen om toe te voegen indien blijvend verhoogde triglyceriden bij nuchtere bloedafname (TG > 190 mg/dl) ondanks gezonde voeding en statinebehandeling. Statine te continueren. Opgelet voor nevenwerkingen.

Ezetimibe: overwegen om toe te voegen aan statine indien streefwaarde van LDL-Cholesterol niet bereikt onder statinebehandeling.



3.1. Retinopathie

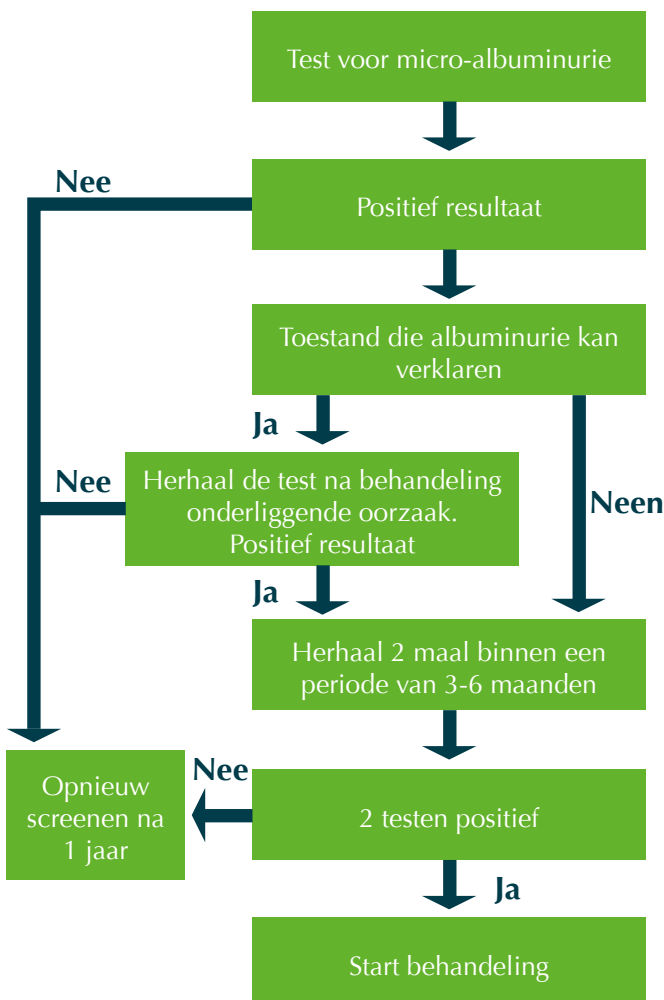
Retinopathie dient door de oogarts opgevolgd te worden. Hiervoor moet de patiënt jaarlijks worden verwezen door de huisarts. In geval van retinopathie is extra aandacht voor de cardiovasculaire risicofactoren aangewezen.

3.2 Nefropathie

Test op micro-albuminurie (1x per jaar)

Staalafname: ochtendstaal na het ontwaken (1ste plas van de dag) onderzoeken op microalbumine en creatinine.

Eenheid	Negatief resultaat	Micro-albuminurie	Macro-albuminurie
Mg per g creatinine	< 30	30 - 300	> 300

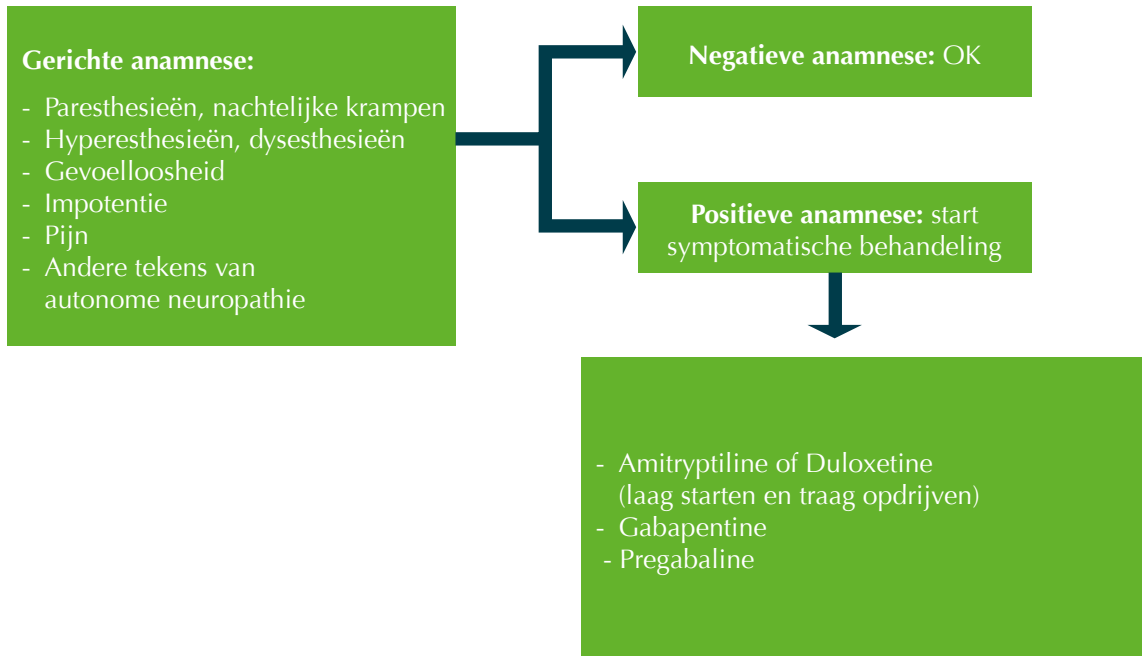


Vals-positief resultaat bij urineweg-infectie, fysieke inspanning, koorts en hartdecompensatie.

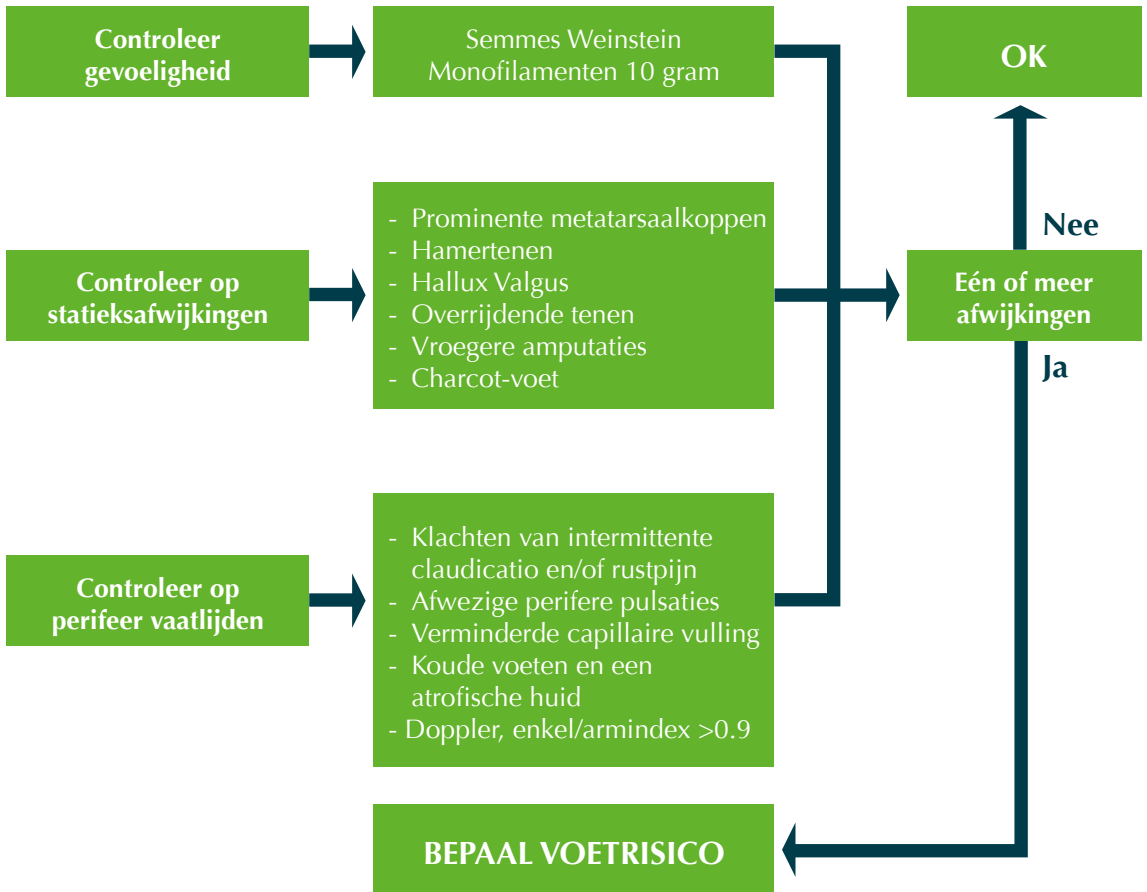
Behandeling:

- Strikte glycemiecontrole
- Strikte bloeddrukcontrole
- Start ACE-inhibitor of sartaan: na 1 week controle van nierfunctie + kalium
- Jaarlijkse controle van de nierfunctie d.m.v. creatininebepaling.
- In geval van evolutie naar macroalbuminurie (> 300 mg/g creatinine) is een verwijzing naar een nier-specialist wenselijk.

3.3 Neuropathie



3.4 Voetcontrole



Risicogroep	0	1	2a	2b	3
Neuropathie	nee	ja	ja	ja	
Orthopedische misvorming	nee	nee	licht	zwaar	Charcot
Vaatlijden	nee	nee	nee	nee	ja
Vroegere wonde of amputatie	nee	nee	nee	nee	ja
Risico	Laag	Matig	Hoog	Zeer hoog	Extreem hoog

Vanaf risicogroep 1: verwijs naar erkende podoloog

Terugbetaling podologie: 2 keer per jaar (mits voorschrift van HA bij voortraject/zorgtraject/

conventie). Bij ernstige orthopedische afwijkingen of voetwonden: verwijs naar multidisciplinaire voetkliniek of specialist

4. COMMUNICATIE

- Wat mee te geven bij jaarlijks onderzoek bij de endocrinoloog
- Verwijsbrief huisarts: met kopie laboanalyses van het laatste jaar
 - Dagboekje - glucosemeter
 - Verslag diabeteseducator
 - Verslag oftalmoloog
 - SUMEHR/COZO



Lokaal Multidisciplinair Netwerk
BRUGGE • OOSTENDE • HOUTLAND

Kaatje Loeys & Michelle Roels
Zorgtrajectpromotoren
Lokaal Multidisciplinair Netwerk
Brugge – Oostende – Houtland

Ruddershove 10a
8000 Brugge
M 0488 87 94 85 (Kaatje)
M 0485 22 44 77 (Michelle)
kaatje@zorgtrajectboh.be
michelle@zorgtrajectboh.be
www.zorgtrajectboh.be