pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Karta konsultacyjna diabetologiczna do badań profilaktycznych

Dane osobowe pacjenta

Imię i nazwisko badanego

PESEL

Nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby, której nie nadano PESEL

Adres zamieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu / mieszkania

Stanowisko pracy

Czynniki szkodliwe/uciążliwe

☐ **Cukrzyca** data rozpoznania: ☐ typ cukrzycy: ☐ Lekarz prowadzący cukrzycę: ☐ POZ ☐ Poradnia diabetologiczna

Wiedza pacjenta dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań: ☐ wysoka ☐ dostateczna ☐ **niedostateczna**

Umiejętność kontrolowania glikemii: ☐ dobra ☐ akceptowalna ☐ **niska**

Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania: ☐ dobra ☐ **niedostateczna**

Występowanie objawów prodromalnych hipoglikemii: ☐ tak ☐ **nie**

Ryzyko hipoglikemii: ☐ niskie ☐ akceptowalne ☐ **wysokie**

Obecność przewlekłych powikłań cukrzycy ☐ Brak przewlekłych powikłań cukrzycy ☐

☐ ze strony narządu wzroku ☐ ze strony układu nerwowego ☐ ze strony układu sercowo-naczyniowego

Uwagi dotyczące przewlekłych powikłań cukrzycy:

Inne uwagi:

Data

Pieczątka i podpis specjalisty diabetologa