

KARTA WYPISOWA LECZENIA PORADNIA DIABETOLOGICZNA GCZD

Karta Informacyjna Opieki Pediatricznej

1. Dane osobowe* pacjenta

Imię i nazwisko

Wiek

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/mieszkania

2. Czas trwania cukrzycy: lat
3. Początek choroby — kwasica: tak nie
4. Cukrzyca w rodzinie: tak nie
5. Obecność przeciwciał (miano): ICA IA-2A GADA IAA nie oznaczano
6. Stężenie peptydu C przy rozpoznaniu: na czczo ng/ml po stymulacji ng/ml nie oznaczano
7. Czas trwania remisji: brak remisji remisja mies.
8. Terapia — insulinoterapia konwencjonalna (mieszanki)
 - jak długo lat
 - insulinoterapia *basal-bolus*
 - sztywne dawki lat
 - IFI** (wstrzykiwacze) lat
 - IFI** (pompa) lat
9. Uwagi dotyczące aktualnie stosowanej terapii:

.....
10. Liczba hospitalizacji z powodu cukrzycy od rozpoznania choroby
11. Przyczyny hospitalizacji (ile razy): kwasica istotne zaburzenia metaboliczne „cukrzyca chwiejna”
ciężka hipoglikemia
12. Epizody ciężkiej hipoglikemii w przebiegu choroby (ile razy)
13. Retinopatia: nie tak stopień
14. Nefropatia: nie tak stopień
15. Neuropatia: obwodowa: nie tak
autonomiczna: nie tak
16. Nadciśnienie tętnicze: nie tak / mm Hg (aktualne wartości)
otrzymywane leki
17. Choroby współistniejące:
18. Wartości HbA_{1c} w przebiegu choroby: aktualna %, najwyższa %, najniższa %
19. Aktywność fizyczna: duża (uprawia sport — jaki rodzaj), przeciętna , mała
20. Papierosy: nie tak już nie
21. Alkohol: tak (jak często , rodzaj) nie
22. Narkotyki: tak (jak często , rodzaj) nie okazjonalnie
23. Zaburzenia odżywiania: anoreksja bulimia
24. Współpraca z zespołem leczącym: dobra zła czasem dobra, czasem zła
25. Problemy rodzinne (kontakt z rodzicami): dobry zły rodzina dysfunkcyjna
26. Problemy w szkole (umiejętność czytania, umiejętność liczenia)
27. Aktualnie uczy się w
- pracuje fizycznie pracuje umysłowo nie uczy się nie pracuje
28. Uwagi dodatkowe

.....
Data wypełnienia

.....
Lekarz prowadzący