

# WZÓR

## KARTA WYPISOWA LECZENIA PORADNIA DIABETOLOGICZNA GCZD

### Karta Informacyjna Opieki Pediatrycznej

#### 1. Dane osobowe\* pacjenta

Imię i nazwisko

ANNA KOWALSKA

Wiek

8

PESEL

10123012301

Adres zamieszkania:

Miejscowość

KATOWICE

Kod pocztowy

40-068

Ulica

JAGLANA

Numer domu/mieszkania

1/1

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 oznaczono
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<sub>1c</sub> 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