

Karta konsultacyjna diabetologiczna do uprawiania sportu
przez osoby chore na cukrzycę typu 1*

Imię i nazwisko badanego

Pesel

Dyscyplina sportu

Adres zamieszkania: Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/mieszkania

Kwalifikacja wstępna

Badanie okresowe

Rok rozpoznania cukrzycy

Umiejętność stosowania intensywnej czynnościowej insulinoterapii:

wysoka

dostateczna

wymagająca edukacji

Umiejętność kontrolowania glikemii: dobra

akceptowalna

niewłaściwa

Hipoglikemie: umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania

dobra

nieakceptowalna

Występowanie prodromalnych objawów hipoglikemii: TAK

przy wartościach:

NIE

Ryzyko hipoglikemii: niskie

akceptowalne

nieakceptowalne

Wartości HbA_{1c} z ostatnich 12 mies.:

Ciężkie hipoglikemie w ostatnich 12 mies.:

Brak

1

≥ 2

Kwasice ketonowe w ostatnich 12 mies.:

Brak

1

≥ 2

Przewlekłe powikłania cukrzycy:

Brak

Obecne

Retinopatia proliferacyjna

Neuropatia autonomiczna jawna klinicznie

Zespół stopy cukrzycowej

Nefropatia

Powikłania sercowo-naczyniowe

Uwagi

Czy przewlekłe powikłania są przeciwwskazaniem do kwalifikacji?

NIE

Dalsze zalecenia co do leczenia i kontroli przewlekłych powikłań:

Uwagi dotyczące kwalifikacji:

Uwagi dotyczące dyscypliny sportowej (samokontroli glikemii, odłączenia pompy insulinowej, redukcji dawki insuliny itd.):

Wyrażam zgodę na kwalifikację:

TAK

NIE

Pozycje stanowiące czasowe przeciwwskazanie do kwalifikacji

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Data, pieczętka diabetologa prowadzącego

*Konsultacja diabetologiczna ważna przez 12 miesięcy

*Oświadczam, że będę przestrzegał zasad bezpieczeństwa dla chorych na cukrzycę typu 1 podczas uprawiania sportu. Jestem wyedukowany w zakresie leczenia metodą intensywniej czynnościowej insulinoterapii i zmiennego dawkowania insuliny podczas uprawiania sportu.

.....
Data, podpis pacjenta * dotyczy zawodników > 16. roku życia

**Posiadam umiejętność prowadzenia insulinoterapii oraz kontrolowania glikemii u mojego dziecka podczas uprawiania sportu. Zobowiązuję się do systematycznej edukacji dziecka w zakresie terapii cukrzycy i reagowania na hipo- i hiperglikemie występujące w związku z uprawianiem sportu. Zobowiązuję się podstawowe informacje dotyczące choroby mojego dziecka przekazać trenerowi.

.....
Data, podpisy rodziców ** dotyczy zawodników < 18. roku życia

Zostałem poinformowany, że ww. zawodnik choruje na cukrzycę typu 1. Mam świadomość ryzyka związanego z występowaniem hipo- i hiperglikemii. Posiadam podstawowe informacje dot. rozpoznawania objawów hipo- i hiperglikemii. Jestem świadom konieczności reagowania podczas ich występowania.

.....
Data, podpis trenera

KWALIFIKACJA PRZEZ SPECJALISTĘ MEDYCYNY SPORTOWEJ:

Zdolny/Niezdolny do uprawiania sportu.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Data, pieczętka specjalisty medycyny sportowej
