Data……………………………………

ANKIETA PAJENTA

*Podane przez Państwa informacje będą objęte tajemnicą lekarską*

**Imię i nazwisko**……………………………………………… **Data urodzenia**……………………………………………

**Telefon kontaktowy**……………………………………… **Adres mailowy**………………………………………………

**Aktywność fizyczna** TAK/NIE Jeśli zaznaczono TAK, to ile razy w tygodniu? ……….. Czas trwania aktywności fizycznej? …………………… Rodzaj aktywności fizycznej, np. szybki marsz, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, ćwiczenia na siłowni itp.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Palenie tytoniu** TAK/NIE, jeżeli zaznaczono TAK, to ile dziennie?................. Jak długo?..........................

**Alkohol** TAK/NIE, jeśli zaznaczono TAK, to ile?............................ Jak często?...........................................

**Pierwsza miesiączka w wieku** …………… miesiączkuje co ile dni? ……………. Regularnie/ nieregularnie

Data ostatniej miesiączki ……………………………………………………. Ciąża TAK/NIE

**Antykoncepcja** TAK/NIE, jeśli zaznaczono TAK, to jaka jest stosowana?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Warunki bytowe:** BARDZO DOBRE/ DOBRE/ PRZECIĘTNE/ ZŁE *proszę zaznaczyć*

**Czy od poprzedniej wizyty…..?**

- **pojawili się nowi członkowie rodziny?** TAK/NIE, jeśli TAK, to brat/siostra

data urodzenia…………………………………., czy na coś choruje? …………………………………………………………………

- **dziecko zmieniło szkołę**? TAK/NIE, jeśli tak, to proszę podać nazwę szkoły

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**- u któregoś z członków rodziny/ dziecka rozpoznano nową chorobę/zaburzenie?** TAK/NIE, jeśli TAK to jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Choroby współistniejące/zaburzenia występujące u pacjenta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jednostka chorobowa, zaburzenie** | **TAK/NIE**  *Proszę wpisać* | Jeśli TAK, to proszę podać rok rozpoznania |
| Mukowiscydoza |  |  |
| Celiakia |  |  |
| Niedobór IgA |  |  |
| Choroby tarczycy (choroba Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa) |  |  |
| Choroby wątroby |  |  |
| Choroby nerek |  |  |
| Nadciśnienie tętnicze |  |  |
| Insulinooporność |  |  |
| Otyłość |  |  |
| Inne choroby |  |  |

**Inne choroby, przebyte** (urazy/ złamania kości/ zabiegi/ zapalenia płuc/ ostatnie infekcje wymagające antybiotykoterapii)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Wywiad rodzinny**

Data urodzenia matki …………………………………………

Data urodzenia ojca ……………………………………………

Rodzeństwo (brat/siostra, data urodzenia, choroby autoimmunologiczne, wady wrodzone)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Choroby/ zaburzenia w rodzinie** (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie – proszę zaznaczać: czy od strony matki? Czy od strony ojca?)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jednostka chorobowa, zaburzenie** | **TAK/NIE**  Proszę zaznaczyć | **Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć kto z rodziny? Proszę podać rok rozpoznania** |
| Otyłość | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Zespół metaboliczny | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Nadciśnienie tętnicze | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Podwyższony cholesterol we krwi (hipercholesterolemia) | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Podwyższone triglicerydy we krwi (hipertriglicerydemia) | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Cukrzyca typu 1 | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Cukrzyca typu 2 | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Insulinooporność | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Zaburzenia gospodarki węglowodanowej | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Zawał serca | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Udar | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Zgon z przyczyn sercowych przed ukończeniem 50 r.ż. | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Nagły lub niewyjaśniony zgon przed ukończeniem 50 r.ż. | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |
| Inne choroby, w tym nowotworowe | TAK/NIE | Matka/ ojciec/ brat/ siostra/ babcia, dziadek- od strony matki/ babcia, dziadek- od strony ojca  Wiek zachorowania……………….. |

**Wywiad diabetologiczny**

Data zachorowania na cukrzycę …………………………………………………………………………………………………………

Leczenie za pomocą PENÓW/POMPY *proszę zaznaczyć*

**PENY** Proszę zaznaczyć insulinę doposiłkową APIDRA/ LIPROLOG/ HUMALOG/ FIASP/ NOVORAPID

Proszę zaznaczyć insulinę bazową LANTUS/ ABASAGLAR/ TOUJEO/ TRESIBA

**POMPA** Nazwa insuliny doposiłkowej: APIDRA/ LIPROLOG/ HUMALOG/ FIASP/ NOVORAPID

Nazwa pompy …………………………………………………………………... Od kiedy pompa? …………………………………..

Czy łączona z insuliną podstawową? TAK/NIE, jeśli TAK to jaką? LANTUS/ ABASAGLAR/ TOUJEO/ TRESIBA Ile jednostek? ………………………………………………………………………………………………………………………

Ostatnia wymiana wkłucia …………………………………………………………………………………………………………………..

**Monitoring**: glukometr/ Libra/ CGM Medtronic/ Dexcom

Ostatnia zmiana sensora ……………………………………………………………………………………………………………………

**Przeciwcukrzycowe leki doustne:**

Metformina TAK/NIE, jeśli zaznaczono TAK, to jaka dawka? ………………………………………………………………..

Inne przeciwcukrzycowe leki doustne? ………………………………………………………………………………………………..

**Inne leki przyjmowane na stałe, w tym suplementy** (proszę wpisać dawki):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Insulinoterapia doposiłkowa:**

Liczy kalorie/ wymienniki/ gramy węglowodanów

Przeliczniki:

I śniadanie ……………… II śniadanie……………. obiad………………. podwieczorek...………….. kolacja……………..

1 j insuliny obniża o …………………………………………….. (1800: DDI – proszę obliczyć)

Ostatnia HbA1c ………………% Data………………………………

Kontrola okulistyczna TAK/NIE kiedy?........................... Wynik badania ………………………………………………

Epizody hipoglikemii wymagające pomocy innej osoby TAK/NIE

Ciężka hipoglikemia (podanie glukagonu/ glukoza dożylnie) TAK/NIE, jeśli tak to kiedy? ……………………..

Cukrzycowa kwasica ketonowa TAK/NIE jeżeli tak, to kiedy wystąpiła i czy wymagała hospitalizacji?............................................................................................................................................

*Dane powyższe są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem:*

*Podpis rodzica/opiekuna ……………………………………………………………….*

*Podpis dziecka, jeśli ukończyło 16 lat …………………………………………….*