

Pieczętka Poradni

Data:

Zaświadczenie

Imię i nazwisko badanego:.....

Rok rozpoznania cukrzycy typu 1:

Terapia*: wielokrotne wstrzyknięcia insuliny, osobista pompa insulinowa

Pomiary glikemii*: glukometr, FGM, CGM

Umiejętność stosowania intensywnej czynnościowej insulinoterapii*:
wysoka, dostateczna, wymagająca edukacji

Umiejętność kontrolowania glikemii*: dobra, akceptowalna, niewłaściwa

Hipoglikemie:

- Umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania hipoglikemii*: dobra, nieakceptowalna
- Występowanie prodromalnych objawów hipoglikemii*: TAK (przy wartościach: <), NIE
- Ryzyko hipoglikemii*: niskie, akceptowalne, nieakceptowalne
- Ciężka hipoglikemia w ciągu ostatnich 12 miesięcy*: NIE, TAK (ile razy.....)

Kwasica ketonowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy*: NIE, TAK (ile razy.....)

Wartości HbA1c z ostatnich 12 miesięcy:

Podpis i pieczętka diabetologa

* Proszę zakreślić właściwe