

Nazwisko i imię:

Proszę o podanie informacji dotyczących dotychczasowych chorób:**A: Cukrzyca:**

1. Typ cukrzycy?: Od kiedy rozpoznana?

2. Czy chory pozostaje pod opieką Poradni Diabetologicznej? TAK / NIE

3. Nazwisko prowadzącego Diabetologa

B: Powikłania cukrzycy:

1. retinopatia cukrzycowa TAK/NIE, ostatnie badanie dna oka (data):

czy stosowano LASEROTERAPIĘ: TAK / NIE

2. nefropatia cukrzycowa TAK/NIE, ostatnie badanie moczu (data):

3. neuropatia cukrzycowa, TAK/NIE, ostatnie badanie czucia (data):

C: Aktualne leki cukrzycowe:

.....

D: Glikemie (cukry) w ostatnich dniach:

na czczo: ok.:

popołudniowe: ok.:

czy zdarzały się niedocukrzenia? TAK / NIE jeśli tak, to o jakich porach?

ostatnia HbA1c: miesiąc i rok badania HbA1c:

E: POZOSTAŁE CHOROBY:

Nadciśnienie tętnicze TAK / NIE

Choroba niedokrwienna serca TAK / NIE Zawał serca TAK / NIE, jeśli tak to w którym roku?.....

Czy była wykonywana koronarografia: TAK / NIE

Dna moczanowa: TAK / NIE

Inne choroby:

Papierosy: NIGDY NIE PALIŁ, NIE PALI OD LAT, PALI papierosów dziennie

Pozostałe aktualnie stosowane leki:

.....

F: RANA - na stopie PRAWEJ/LEWEJ

od kiedy?