

Образац бр. ДИ-08/2

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА .....

Служба/Одељење .....

Број историје болести – картона

## ПРИЈАВА ЛИЦА ОБОЛЕЛОГ ОД ШЕЋЕРНЕ БОЛЕСТИ

### ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

1.	Презиме, очево име и име:	2. ЈМБГ																		
3.	Датум рођења	ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА																		
4.	Пол	Мушки – 1      Женски – 2																		
5.	Пребивалиште (улица и број, место, општина):	ШИФРА НАСЕЉА																		
6.	Занимање-посао који обавља или је обављао:																			

### ДИЈАГНОЗА ШЕЋЕРНЕ БОЛЕСТИ

7.	Датум постављања дијагнозе	ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА																
8.	Тип дијагнозе	Тип I – 1      Тип II – 2      Друго – 3																

### ФАКТОРИ РИЗИКА У МОМЕНТУ ПОСТАВЉАЊА ДИЈАГНОЗЕ

9.	Дијабетес у породици (отац, мајка, брат/сестра, дете)	Не – 1      Да – 2																
10.	Тип дијабетеса у породици	Тип I – 1      Тип II – 2																
11.	Крвни притисак	систолни      дијастолни																
12.	Телесна маса (kg):																	
13.	Телесна висина (cm):																	
14.	Обим струка (cm):																	
15.	Пушење – бр. цигарета/дан:																	
16.	Дужина пушачког стажа (године):																	
17.	Конзумент алкохола – врста и количина пића недељно (dl):																	
	жестоко																	
	вино																	
	пиво																	

### ЛАБОРАТОРИЈСКИ РЕЗУЛТАТИ у моменту постављања дијагнозе

18.	Микроалбуминурија (mg/24h):																	
19.	Креатинин (μmol/l):																	
20.	Холестерол (mmol/l):																	
	укупни																	
	HDL																	
	LDL																	
21.	Триглицериди (mmol/l):																	

**КОМПЛИКАЦИЈЕ у моменту постављања дијагнозе**

22.	Хипертензија:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	28.	Ретинопатија:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
23.	Ангина пекторис:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	29.	Нефропатија:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
24.	Акутни инфаркт миокарда:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	30.	Неуропатија:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
25.	Хронична срчана инсуфицијенција:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	31.	Кетоацидоза:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
26.	Мождани удар:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	32.	Кома:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
27.	Дијабетесно стопало:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	33.	Друго:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>

**НАЧИН ПОСТАВЉАЊА ДИЈАГНОЗЕ**

34.	Из капиларне крви – 1,	Из венске крви – 2	<input type="checkbox"/>
35.	Гликемија наште (1. мерење):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Гликемија наште (2. мерење):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Случајно измерена гликемија (без обзира на оброке):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
38.	ОГТТ	наште:	<input type="checkbox"/>
39.	ОГТТ	2. сат:	<input type="checkbox"/>

**ИНИЦИЈАЛНО ЛЕЧЕЊЕ**

40.	Само дијета:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
-----	--------------	--------	--------	--------------------------

**Орални препарати**

**Инсулини**

41.	Сулфонилуреа:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	47.	Краткоделујући:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
42.	Меглитиниди:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	48.	Средњеделујући:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
43.	Бигваниди:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	49.	Дугоделујући:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
44.	Тијазолиндиони:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	50.	Фиксна мешавина:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
45.	Инхибитори α-глукозидазе:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>	51.	Примена инсулина: шприц и игла – 1, пен бризгалица – 2, инсулинска пумпа – 3	<input type="checkbox"/>		
46.	Датум увођења оралног препарата:	Дан, месец, година <input type="text"/>			52.	Датум прве инсулинске инјекције:	Дан, месец, година <input type="text"/>		

53.	Други лекови (антилипемци, антихипертензиви, аспирин...):	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
-----	---	--------	--------	--------------------------

**ЕДУКАЦИЈА**

54.	Самоконтрола:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>
55.	Да ли сте прошли основну едукацију о вашој болести:	Не – 1	Да – 2	<input type="checkbox"/>

**ИСХОД БОЛЕСТИ**

56.	Датум смрти	ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА <input type="text"/>						
57.	Основни узрок смрти	Дијагноза:	<input type="text"/>					ШИФРА МКБ-10 <input type="text"/>

Датум пријаве

Потпис лекара и факсимил