Министерство на здравеопазването

Леч. заведение: .....

Амб. № .....

СЪОБЩЕНИЕ

за регистъра на болни с диабет

☐ Новооткрит ☐ Актуализация ☐ Смърт

(смяна на адрес, усложнения, смяна на лечение)

До

Районния център по здравеопазване

гр. _____

РЦЗ код ⌊__⌋

(№ на ДКЦ практика)

(ЕГН лекар)

(Личен номер на лекаря – УИН)

1. Име, презиме и фамилия

_____

_____

Местоживеене: _____ ⌊_⌋

1-град; **2**-село

Адрес: _____

_____

2. Пол ⌊_⌋ **1**-мъж; **2**-жена

3. ЕГН ⌊__________⌋

4. Поставена диагноза "захарен диабет"
през: ..... г.

5. Ръст ..... см Тегло ..... кг

6. Тип на ЗД:

☐ **1**-(ИЗЗД); **2**-(НИЗЗД); **3**-друг

7. Лечение:

☐ само диета

☐ перорално лечение:

доза глибенкламид	..... мг
доза глипизид	..... мг
доза гликлазид (Diaprel)	..... мг
доза глимепирид (Amaril)	..... мг
доза акарбозе	..... мг
доза метформин	..... мг
доза розиглитазон (Avandia)	..... мг
доза репаглинид (Novonorm)	..... мг
доза други	..... мг
.....	..... мг

☐ инсулин (обща доза): ⌊___⌋ Е

инсулин бърз ⌊___⌋ Е

бърз инсулин-аналог ⌊___⌋ Е

интермедиерен ⌊___⌋ Е

дългодействащ-аналог ⌊___⌋ Е

инсулин смес ⌊___⌋ Е

инсулин-аналог смес ⌊___⌋ Е

брой апликации ⌊_⌋

8. Диабетни усложнения:

☐ непролиферативна ретинопатия

☐ пролиферативна ретинопатия

☐ слепота

☐ нефропатия

☐ ХБН

☐ инфаркт на миокарда

☐ мозъчен инсулт

☐ невропатия

☐ диабетно стъпало

☐ рана/гангрена

☐ ампутация

9. Придружаващо лечение за:

☐ хипертония

☐ ИБС

☐ инфаркт на миокарда

☐ мозъчен инсулт

☐ дислипидемия

☐ профилактика на тромбоза (антиагреганти)

10. Самоконтрол (брой за месец):

☐ с глюкометър (да, не)

11. Обучение:

☐ **1**-индивидуално; **2**-групово

12. Параметри на гликемичен контрол:

..... HbA1c ..... месец и година

© НЦЗИ'06

Лекар: .....

подпис

Министерство на здравеопазването

Леч. заведение: .....

Амб. № .....

СЪОБЩЕНИЕ

за регистъра на болни с диабет

☐ Новооткрит ☐ Актуализация ☐ Смърт

(смяна на адрес, усложнения, смяна на лечение)

До

Районния център по здравеопазване

гр. _____

РЦЗ код ⌊__⌋

(№ на ДКЦ практика)

(ЕГН лекар)

(Личен номер на лекаря – УИН)

1. Име, презиме и фамилия

_____

_____

Местоживеене: _____ ⌊_⌋

1-град; 2-село

Адрес: _____

_____

2. Пол ⌊_⌋ 1-мъж; 2-жена

3. ЕГН ⌊__________⌋

4. Поставена диагноза "захарен диабет"
през: ..... г.

5. Ръст ..... см Тегло ..... кг

6. Тип на ЗД:

☐ 1-(ИЗЗД); 2-(НИЗЗД); 3-друг

7. Лечение:

☐ само диета

☐ перорално лечение:

доза глибенкламид	..... мг
доза глипизид	..... мг
доза гликлазид (Diaprel)	..... мг
доза глимепирид (Amaril)	..... мг
доза акарбозе	..... мг
доза метформин	..... мг
доза розиглитазон (Avandia)	..... мг
доза репаглинид (Novonorm)	..... мг
доза други	..... мг
.....	..... мг

☐ инсулин (обща доза): ⌊___⌋ Е

инсулин бърз ⌊___⌋ Е

бърз инсулин-аналог ⌊___⌋ Е

интермедиерен ⌊___⌋ Е

дългодействащ-аналог ⌊___⌋ Е

инсулин смес ⌊___⌋ Е

инсулин-аналог смес ⌊___⌋ Е

брой апликации ⌊_⌋

8. Диабетни усложнения:

☐ непролиферативна ретинопатия

☐ пролиферативна ретинопатия

☐ слепота

☐ нефропатия

☐ ХБН

☐ инфаркт на миокарда

☐ мозъчен инсулт

☐ невропатия

☐ диабетно стъпало

☐ рана/гангрена

☐ ампутация

9. Придружаващо лечение за:

☐ хипертония

☐ ИБС

☐ инфаркт на миокарда

☐ мозъчен инсулт

☐ дислипидемия

☐ профилактика на тромбоза (антиагреганти)

10. Самоконтрол (брой за месец):

☐ с глюкометър (да, не)

11. Обучение:

☐ 1-индивидуално; 2-групово

12. Параметри на гликемичен контрол:

..... HbA1c ..... месец и година

© НЦЗИ'06

Лекар: .....

подпис

Бл. МЗ 300 диаб.'06