



DIABETOLOGICKÁ AMBULANCE

Vážená paní, vážený pane

Dostáváte se do péče III. interní kliniky, která se problematikou diabetu (cukrovky) a s tím souvisejícími komplikacemi zabývá již mnoho let. Cílem naší péče je komplikacím předcházet, včas je diagnostikovat a správně léčit. To však vyžaduje velmi dobrou spolupráci mezi Vámi a ošetřujícím lékařem. Je velmi důležité, abyste se aktivně zapojovali.

Před prvním vstupním vyšetřením je pro nás důležité, abychom o Vás zjistili co nejvíce informací. Proto Vás prosíme o pečlivé vyplnění dotazníku. Na první návštěvu byste s sebou měli přinést i **podrobný jídelníček** (min. 7-10 denní).

Veškeré Vámi poskytnuté informace v tomto dotazníku jsou důvěrné a jsou součástí lékařského tajemství. Tento dotazník Vám bude sloužit jako vodítko při prvním pohovoru s ošetřujícím lékařem.

Identifikační a kontaktní údaje:

Příjmení: _____ Jméno: _____

Datum narození: _____

Telefon (mobil) _____ E-mail: _____

Rodinná anamnéza: (Informace o zdravotním stavu příbuzných (pokrevních), tj. rodičů, sourozenců a dětí, i v případě, že již nežijí)

Léčil se někdo na **cukrovku** ? Ne Ano: Kolik členů ? _____

Měl někdo **onemocnění srdce**, kterému říkám ischemická choroba srdeční ? (Tj. Infarkt, angina pectoris, atd?)

Ne Ano: Kolik členů ? _____

Vyskytlo se toto onemocnění u někoho před 50. rokem věku ? _____

Léčí se někdo na **vysoký krevní tlak** ? Ne Ano: Kolik členů ? _____

Vyskytlo se u některého člena rodiny **rakovinné onemocnění** (zhoubný nádor)?

Ne Ano: Jaké ? _____

Alergie

Měl jste někdy alergické projevy po požití léku? Ne Ano

Pokud ano, uveďte názvy léků, po nichž jste pozoroval alergickou reakci:

Osobní anamnéza: (Informace o Vašem zdravotním stavu)

Léčíte se s některým z níže uvedených onemocnění?

Diabetes mellitus (cukrovka) Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Vysoký krevní tlak Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Onemocnění srdce? Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Jaký druh onemocnění srdce? (*infarkt, angina pectoris, poruchy srdečního rytmu, aj.*)

DNA(kyseliny močová) Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Vysoký cholesterol: Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Onemocnění štítné žlázy: Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Jiná onemocnění:

Druh: _____ Od kterého roku ? _____

Druh: _____ Od kterého roku ? _____

Druh: _____ Od kterého roku ? _____

Druh: _____ Od kterého roku ? _____

Druh: _____ Od kterého roku ? _____

Prodělané operace:

Rok: _____ Druh operace: _____

Rok: _____ Druh operace: _____

Rok: _____ Druh operace: _____

Rok: _____ Druh operace: _____

Rok: _____ Druh operace: _____

Rok: _____ Druh operace: _____

Gynekologická anamnéza (ženy)

Menstruace: od kolika let ? _____

Přechod (klimakterium) Ne Ano: Od kterého roku ? _____

Těhotenství: Ne Ano: Kolik porodů ? _____

Potraty: Ne Ano: Kolik ? _____

Hormonální léčba: Ne Ano: Antikoncepce - jaká ? _____

Ano: po přechodu - jaká ? _____

Léky, které pravidelně užíváte:

Název léku: uved'te název, včetně síly (mg) např. Siofor 1000 mg Dávkování: např. 1-0-0

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Název léku: _____ Dávkování: _____

Pracovní a sociální anamnéza:

Jaké máte zaměstnání? _____

Typ zaměstnání: Sedavé (kancelářská práce, apod.) fyzicky náročné

Jste v důchodu? Ne Ano: Starobní / Invalidní ?

Žijete s rodinou? Ano Sám? Ano

Současný stav

Vaše aktuální váha _____ Vaše výška: _____

Vaše váha při narození _____ kg; Vaše maxim. váha: _____ kg kdy? _____

Jídelní zvyklosti

Kolikrát denně jíte? _____ Snídáte? Ne Ano

Pravidelná strava? Ne Ano Svačiny? Ne Ano

Trpíte hlady ve dne? Ne Ano V noci? Ne Ano

V kolik hodin večer jíte naposledy? _____ Kdy chodíte spát? _____

Které jídlo považujete za hlavní? snídaně oběd večeře

Sladíte nápoje? Ne Ano: cukrem Ano: sladilem? Jakým? _____

Pohybová aktivita

Sportujete? Ne Ano - občas Ano - pravidelně

Kterému sportu se věnujete nejčastěji? _____ Jak často? _____

Výskyt komplikací cukrovky:

Byly Vám někdy zjištěny komplikace, které souvisí s cukrovkou? Ne Ano

Pokud ano, jaké?

Oční (např. diabetická retinopatie) Ne Ano: Od kterého roku? _____

Neurologické (např. polyneuropatie) Ne Ano: Od kterého roku? _____

Defekty na nohou Ne Ano: Od kterého roku? _____

Onemocnění ledvin Ne Ano: Od kterého roku? _____

Poznámky:
