

Questionario Diabete

Cliente

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Strada	<input type="text"/>	NPA / Località	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numero del cliente	<input type="text"/>	N. della proposta	<input type="text"/>

Diagnosi

Data della diagnosi Data dell'ultima consultazione

Statura cm Peso kg

Pressione a. (sys/dia) / mmHg trattata Data di misura

Valori più recenti	Risultato 1	Data 1	Risultato 2	Data 2	Risultato 3	Data 3
Glicemia	- a digiuno	<input type="text"/>				
	- postprandiale (2h)	<input type="text"/>				
Emoglobina Glicosilata HbA1c	<input type="text"/>					
Fruttosamina	<input type="text"/>					
Glicosuria	- a digiuno	<input type="text"/>				
	- postprandiale (2h)	<input type="text"/>				
Proteinuria	<input type="text"/>					
Microalbuminuria (unità di misura)	<input type="text"/>					
Acetonuria	<input type="text"/>					

	No	Si	Precisazioni	Date
Valori massimi di glicemia o di HbA1c negli ultimi sei mesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sotto sorveglianza medica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	dal <input type="text"/>
Compliance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	dal <input type="text"/>
Terapia			Farmaco	Dosaggio
Antidiabetici orali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insulinoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro (p. es. dieta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	dal <input type="text"/>
Altri farmaci			per che cosa?	<input type="text"/>
ECG				
- a riposo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> normale	<input type="radio"/> anormale
- sotto sforzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> normale	<input type="radio"/> anormale

	No	Si	Precisazioni	Date
Complicanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retinopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cardiopatía coronarica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Malattia cerebrovascolare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arteriopatie periferiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nefropatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteinuria inspiegabile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neuropatia diabetica autonoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neuropatia diabetica periferica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	invalidante <input type="text"/>	<input type="text"/>
Scompensi recidivanti (coma), Ipoglicemie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	numero <input type="text"/> ultima volta il <input type="text"/>	<input type="text"/>
Angiopatia coronarica, cerebrale o periferica insorta prima del 60°	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fratelli	
Si sono avute ospedalizzazioni a causa del diabete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	perché <input type="text"/> quando? <input type="text"/>	
Fumatori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sigarette numero/giorno <input type="text"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pipa/altro numero/giorno <input type="text"/>	
Ex-fumatori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	da quando? <input type="text"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sigarette numero/giorno <input type="text"/>	
Iperlipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> colesterolo totale <input type="text"/> g/l <input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> colesterolo HDL <input type="text"/> g/l <input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> trigliceridi <input type="text"/> g/l <input type="text"/>	<input type="text"/>
			Terapia <input type="text"/> dal <input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Sindrome X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Consumo giornaliero di alcol (in ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> vino <input type="text"/> <input type="checkbox"/> birra <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> aperitivi <input type="text"/> <input type="checkbox"/> alcolici <input type="text"/>	
Sono note altre patologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

Altre osservazioni

no

si

Osservazioni

Nel caso in cui siano stati effettuati degli esami particolari, la preghiamo di indicarne i risultati e i relativi valori normali.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data:

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.