

Registar osoba sa šećernom bolešću Liječnik: _____

(Ime i prezime, šifra)

Cro Diab 

Centar: _____

Datum prijave: _____

JMBG* <input type="text"/>	Prezime* <input type="text"/>	Spol <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Ž	Datum rođenja <input type="text"/>
OIB <input type="text"/>	Ime* <input type="text"/>	Mjesto i adresa stanovanja <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Aktivan <input type="radio"/> Premješten <input type="radio"/> Preminuo	<input type="radio"/> Neodređen <input type="radio"/> Tip 1 <input type="radio"/> Tip 2 <input type="radio"/> Drugi <input type="radio"/> Gestacijski	Dijabetes od <input type="text"/>	OHL od <input type="text"/>
		Inzulin od <input type="text"/>	Intenzivirana th od <input type="text"/>
Razlog dolaska	Pregled <input type="radio"/> Hospitalizacija <input type="radio"/>	Redovna kontrola <input type="checkbox"/> Novo dijagnost. <input type="checkbox"/>	Regulacija <input type="checkbox"/> Trudnoća <input type="checkbox"/>
		Komplikacije <input type="checkbox"/> Hitno stanje <input type="checkbox"/>	God. preg. <input type="checkbox"/> Drugo <input type="checkbox"/>
Trudnoća	Okončanih u zadnjih 12 mjeseci <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Normalnih <input type="checkbox"/>	Pobačaja <input type="checkbox"/>
		Većih malform <input type="checkbox"/>	Perinat.smrti <input type="checkbox"/>
Faktori rizika trenutno stanje	Pušač <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	AKO DA: cig./dan <input type="text"/>	Alkohol <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N
		AKO DA: g/tj. <input type="text"/>	
Samokontrola	Samokontrola <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Broj mjerenja GUK/ tjedan <input type="text"/>	Broj mjerenja GUM/ tjedan <input type="text"/>

Edukacija/ Udruga dijabetičara	Zdrava prehrana <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Skrb o stopalima <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Komplikacije <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Samonadzor <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N
	Hipoglikemija. <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Samost.izmjena th. <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Član udruge dijabetičara <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	
Mjerenja najnovije vrijednosti u proteklih 12 mjeseci	Težina <input type="text"/> kg	Krvni tlak <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	Uk.kol <input type="text"/> mmol/l	HDL kol. <input type="text"/> mmol/l
	Visina <input type="text"/> cm	Guk-nt <input type="text"/> mmol/l	Kreatinin <input type="text"/> μmol/l	LDL kol. <input type="text"/> mmol/l
	BMI <input type="text"/> kg/m ²	Guk-pp <input type="text"/> mmol/l	Albumin. <input type="text"/> mg/24h	Triglic. <input type="text"/> mmol/l
		HbA1c <input type="text"/> %	Proteinur <input type="text"/> g/24h	
Praćenje po Deklaraciji St.Vincent	Sljepoća <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	zadnjih 12mj <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Term.faza bubr.bol. <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	zadnjih 12mj <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N
	MI/CABG/Angioplast. <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	zadnjih 12mj <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Amp.noge izn.gležnja <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	zadnjih 12mj <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N
	Moždani udar <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	zadnjih 12mj <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Amp.noge isp.gležnja <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	zadnjih 12mj <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N
Simptomi u zadnjih 12 mjeseci	Posturalna hipotenzija <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Periferna neuropatija <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N		
	Anginozni bolovi <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N	Klaudikacije <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N		

*Obavezna polja (umjesto JMBG-a može se upisati OIB ili kombinacija datum rođenja + mjesto + spol)

Registar osoba sa šećernom bolešću

Cro Diab



Pregledi oči i nogu



OČI

Datum

Pregledane u zadnjih 12 mj. D N



STOPALA

Datum

Pregledana u zadnjih 12 mj. D N

	D	L
Fotokoagulacija	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Katarakta	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Retina vidljiva	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
AKO DA: Makulopatija	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Retinopatija	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Ako Rp: Neproliferativna	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Preproliferativna	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Proliferativna	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Uznapredovalo dijabetičko oštećenje oka	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Oštrina vida:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	D	L
Normalan vibracijski osjet	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Normalna osjetljivost na iglu	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Puls prisutan	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Zacijeljeni ulkus	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Akutni ulkus/ gangrena	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Bypass/ angioplastika	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N

Kvaliteta života hitna stanja

Hipoglikemija broj/god.

Hiperglikemija broj/god.

Bolovanje dana/god.

Hospitalizacija dana /god.

Liječenje šećerne bolesti

Samo dijeta	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Bigvanidi	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Sulfonilureja	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Inhibitori glukozidaze	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Derivati benzoične kiseline	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Tiazolidindioni	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N
Inkretini	<input type="radio"/> D <input type="checkbox"/> N

Broj inzulinskih injekcija po danu

Inzulinska pumpa D N

Drugo liječenje D N

Razlog dodatnog liječenja

Hipertenzija D N

Slabost srca D N

Ishemijska bolest srca D N

Dislipidemija D N

Nefropatija D N

Neuropatija D N

Drugo D N

Potpis, pečat liječnika: _____