

ERİŞKİN KLİNİĞİNE GEÇİŞ YAPACAK DİYABETLİ ÇOCUKLAR İÇİN KLİNİK ÖZET

Adı/Soyadı: T.C. No: Doğum Tarihi:/...../.....

Diyabetin Tipi

Tip 1 Tip 2 Diğer

Anti-GAD Pozitif Negatif Bakılmamış Tanı Sırasında C Peptid

ICA Pozitif Negatif Bakılmamış

Bakılmışsa Diğer Antikor

Tanı Tarihi:/...../.....

ALMAKTA OLDUĞU TEDAVİ

Uzun etkili insülin	Ünite	Uygulandığı zaman
İnsülin Glargin (Lantus)		
İnsülin Detemir (Levemir)		
NPH		

Hızlı etkili insülin	Ünite	Uygulandığı zaman
Regüler		
İnsülin Lispro (Humalog)		
İnsülin Aspart (Novorapid)		
İnsülin Glulisine (Apidra)		
OAD		

İNSÜLİN POMPASI KULLANANLAR İÇİN

Saat	Son Bazal Hız	Bolus Dozları	Günlük Ortalama Toplam Doz	İnsülin Duyarlılık Faktörü

ALMAKTA OLDUĞU DİĞER İLAÇLAR

Var Yok

Varsa lütfen isimlerini ve kullanım şeklini yazınız.

SON FİZİK MUAYENE BULGULARI

	Tarih	Değer
Boy		
Kilo/Vücut Kitle İndeksi/Bel Çevresi		
Kan Basıncı		
Ek Bulgular		

ÖLÇÜMLER

Hastadan beklenen günlük ortalama kan şekeri ölçümü

0-1 kez 2-3 kez 3-4 kez 5-6 kez > 6 kez

Hastanın uyguladığı günlük ortalama kan şekeri ölçümü

0-1 kez 2-3 kez 3-4 kez 5-6 kez > 6 kez

Kan şekeri ölçüm cihazının markası:

Evde keton ölçümü: kanda idrarda

BESLENME

Eğitim Düzeyi KH Sayımı Eğitimi (varsa düzeyi)

Beslenme Planına Uyumu İ/KH Oranı

Günlük kalori/KH miktarı Öğün sayısı

SON LABORATUVAR BULGULARI

Tarih	HbA1c (son iki değer)	Kolest/LDL/HDL trigliserit	İdrar mikroalb/kreat

DİĞER LABORATUVAR BULGULARI (SON BAKILAN)

Tarih	Tiroid Fonksiyon Testleri	Tiroid Antikorları	Çölyak Tarama	Diğer

SON YAPILAN İNCELEMELER

	Tarih	Sonuç
EMG		
Göz muayenesi		
Ayak muayenesi		

EK TETKİKLER, BULGULAR

.....

.....

HASTANIN DİYABET ÖYKÜSÜ

Tanı Anında Ketoasidoz Evet Hayır

Tanıdan Sonra Hastaneye Yatış Hayır 1-2 3-4 5+

Son Yılda Hastaneye Yatış Evet Hayır

Hastaneye Yatış Nedeni

DKA Evet Hayır *Hipoglisemi* Evet Hayır

Eğitim yenilemesi Evet Hayır *Diğer*

Lipohipertrofi Evet Hayır Kol Bacak Karın Kalça

Hipoglisemi Duyarsızlığı Evet Hayır

Hipoglisemi Korkusu Evet Hayır

İğne Korkusu Evet Hayır

En Son Poliklinik Viziti (Tarih):

Ketoasidoz Atak Sayısı:

Ağır Hipoglisemi Atak Sayısı:

PAYLAŞMAK İSTEDİĞİNİZ DİĞER KONULAR

.....

.....

Diyabetli hakkında merak ettiğiniz başka bir nokta var mı? Evet Hayır

Cevabınız evet ise lütfen aşağıdaki numarası belirtilen doktoru arayın.

Geçiş Rehberi Hemşiresinin İsmi:

İlgili Merkezin Telefon Numarası:

Tarih:

Gönderen Doktor Ad-Soyad / İmza:

Not: Gerekli hastalar için Diyabet Hemşireleri Derneđi tarafından geliştirilen ortak bakım planı formunu da doldurulması önerilir.