

Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

Imię i nazwisko osoby
badanej

Numer
PESEL

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby,
której nie nadano numeru PESEL

Adres zamieszkania:

mięscowość

kod pocztowy

ulica

numer domu/mieszkania

☐

Kandydat na kierowcę

☐

Kierowca

Cukrzyca

Data
rozpoznania

Typ
cukrzycy

Lekarz
prowadzący
leczenie
cukrzycy

Podmiot
wykonujący
działalność
leczniczą

Poradnia
diabetologiczna

Wiedza pacjenta dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań:

☐

wysoka

☐

dostateczna

☐

niedostateczna

Umiejętność kontrolowania glikemii:

☐

dobra

☐

akceptowalna

☐

niska

Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania:

☐ dobra

☐ niedostateczna

Występowanie objawów prodromalnych hipoglikemii:

☐ tak

☐ nie

Ryzyko hipoglikemii:

☐ niskie

☐ akceptowalne

☐ wysokie

☐ obecność przewlekłych powikłań cukrzycy

☐ brak przewlekłych powikłań cukrzycy

☐ ze strony narządu wzroku

☐ ze strony układu nerwowego

☐ ze strony układu sercowo-naczyniowego

Uwagi dotyczące przewlekłych powikłań cukrzycy

Ocena zdolności do prowadzenia pojazdu

Inne uwagi

.....
(podpis, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu
lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza prowadzącego
leczenie cukrzycy oraz data sporządzenia opinii)

.....
(data sporządzenia opinii)