Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

Karta konsultacyjna diabetologiczna

Dane osobowe pacjenta

imię i nazwisko badanego

Numer PESEL

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby, której nie nadano PESEL

adres zamieszkania: miejscowość

kod pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

☐ kandydat na kierowcę ☐ kierowca

Cukrzyca data rozpoznania typ cukrzycy: lekarz prowadzący cukrzycę:

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:

…… (data sporządzenia opinii)

…… (pieczątka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy)