

Образац бр. ДИ-08/2

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА.....

Служба/Одељење.....

Број историје болести – картона

## ПРИЈАВА ЛИЦА ОБОЛЕЛОГ ОД ШЕЋЕРНЕ БОЛЕСТИ

### ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

|    |                                              |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|----------------------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | Презиме, очево име и име:                    | 2. ЈМБГ                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Датум рођења                                 | ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Пол                                          | Мушки – 1      Женски – 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Пребивалиште (улица и број, место, општина): | ШИФРА НАСЕЉА              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Занимање-посао који обавља или је обављао:   |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### ДИЈАГНОЗА ШЕЋЕРНЕ БОЛЕСТИ

|    |                            |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|----------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7. | Датум постављања дијагнозе | ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Тип дијагнозе              | Тип I – 1      Тип II – 2      Друго – 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### ФАКТОРИ РИЗИКА У МОМЕНТУ ПОСТАВЉАЊА ДИЈАГНОЗЕ

|     |                                                          |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|----------------------------------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9.  | Дијабетес у породици (отац, мајка, брат/сестра, дете)    | Не – 1      Да – 2        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Тип дијабетеса у породици                                | Тип I – 1      Тип II – 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Крвни притисак                                           | СИСТОЛНИ      ДИЈАСТОЛНИ  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Телесна маса (kg):                                       |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Телесна висина (cm):                                     |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Обим струка (cm):                                        |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Пушење – бр. цигарета/дан:                               |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Дужина пушачког стажа (године):                          |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Конзумент алкохола – врста и количина пића недељно (dl): |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | жестоко                                                  |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | вино                                                     |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | пиво                                                     |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### ЛАБОРАТОРИЈСКИ РЕЗУЛТАТИ у моменту постављања дијагнозе

|     |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 18. | Микроалбуминурија (mg/24h): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Креатинин (μmol/l):         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Холестерол (mmol/l):        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | укупни                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | HDL                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | LDL                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Триглицериди (mmol/l):      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КОМПЛИКАЦИЈЕ у моменту постављања дијагнозе**

|                                      |                                           |                   |                                           |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| 22. Хипертензија:                    | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> | 28. Ретинопатија: | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> |
| 23. Ангина пекторис:                 | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> | 29. Нефропатија:  | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> |
| 24. Акутни инфаркт миокарда:         | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> | 30. Неуропатија:  | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> |
| 25. Хронична срчана инсуфицијенција: | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> | 31. Кетоацидоза:  | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> |
| 26. Мождани удар:                    | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> | 32. Кома:         | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> |
| 27. Дијабетесно стопало:             | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> | 33. Друго:        | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/> |

**НАЧИН ПОСТАВЉАЊА ДИЈАГНОЗЕ**

|                                                         |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34. Из капиларне крви – 1,      Из венске крви – 2      | <input type="checkbox"/>                                                                              |
| 35. Гликемија наште (1. мерење):                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| 36. Гликемија наште (2. мерење):                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| 37. Случајно измерена гликемија (без обзира на оброке): | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| 38. ОГТТ                                    наште:      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| 39. ОГТТ                                    2. сат:     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |

**ИНИЦИЈАЛНО ЛЕЧЕЊЕ**

|                  |                                    |                          |
|------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 40. Само дијета: | Не – 1                      Да – 2 | <input type="checkbox"/> |
|------------------|------------------------------------|--------------------------|

**Орални препарати**
**Инсулини**

|                                      |                                                                                                                                                                             |                                                                                  |                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 41. Сулфонилуреа:                    | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   | 47. Краткоделујући:                                                              | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |
| 42. Меглитиниди:                     | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   | 48. Средњеделујући:                                                              | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |
| 43. Бигваниди:                       | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   | 49. Дугоделујући:                                                                | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |
| 44. Тијазолиндиони:                  | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   | 50. Фиксна мешавина:                                                             | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |
| 45. Инхибитори α-глюкозидазе:        | Не – 1    Да – 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   | 51. Примена инсулина: шприц и игла – 1, пен бризгалица – 2, инсулинска пумпа – 3 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    |
| 46. Датум увођења оралног препарата: | Дан, месец, година<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 52. Датум прве инсулинске инјекције:                                             | Дан, месец, година<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

|                                                                 |                                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 53. Други лекови (антилипемици, антихипертензивни, аспирин...): | Не – 1                      Да – 2 | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|

**ЕДУКАЦИЈА**

|                                                         |                                    |                          |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 54. Самоконтрола:                                       | Не – 1                      Да – 2 | <input type="checkbox"/> |
| 55. Да ли сте прошли основну едукацију о вашој болести: | Не – 1                      Да – 2 | <input type="checkbox"/> |

**ИСХОД БОЛЕСТИ**

|                |                     |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |
|----------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------|--|
| Исклад болести |                     | ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |
| 56.            | Датум смрти         | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |  |  |  |  |  |  |  |                                              |  |
| 57.            | Основни узрок смрти | Дијагноза:                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  | ШИФРА МКБ-10                                 |  |
|                |                     |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  | <div><div></div><div></div><div></div></div> |  |

Датум пријаве

Потпис лекара и факсимил