

Mam cukrzycę

Jeśli wykazuję zaburzenia świadomości i jestem w stanie połykać, to podaj mi CUKIER w dowolnej formie – sok, syrop, słodzoną wodę, colę, cukierki lub ciastko i zatelefonuj do mojego domu lub lekarza.

Jeśli stracę przytomność, podaj mi glukagon podskórnie lub domięśniowo, który mam przy sobie w pomarańczowym pudełku.

Wezwij lekarza lub pogotowie ratunkowe

W razie potrzeby zawiadom:

Dane Pacjenta

Imię: _____

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Lekarz prowadzący:

Imię: _____

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Stosuję następujące leki:

	Nazwa	Dawka
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Poniżej znajdują się standardy kryteriów kontroli cukrzycy opracowane przez European Diabetes Policy Group w latach 1998/1999.

Cukrzyca typu 1

Kryteria kontroli glikemii			Osoby bez cukrzycy	Dobra kontrola	Kontrola niezadawalająca
HbA _{1c} (standaryzacja DCCT) %Hb			< 6.1	6.2-7.5	> 7.5
Stężenie glukozy	Samodzielne oznaczenia	Na czczo/przed posiłkami mmol/l mg/dl	4.0-5.0 70-90	5.1-6.5 91-120	> 6.5 > 120
		Po posiłkach (szczyt) mmol/l mg/dl	4.0-7.5 70-135	7.6-9.0 136-160	> 9.0 > 160
		Przed snem mmol/l mg/dl	4.0-5.0 70-90	6.0-7.5 110-135	> 7.5 > 135

Cukrzyca typu 2

Kryteria kontroli glikemii			Małe ryzyko	Ryzyko powikłań makronaczyniowych	Ryzyko powikłań mikronaczyniowych
HbA _{1c} (standaryzacja DCCT) %Hb			≤ 6.5	> 6.5	> 7.5
Stężenie glukozy	Krew żylna	Na czczo/przed posiłkami mmol/l mg/dl	≤ 6.0 < 110	> 6.0 ≥ 110	≥ 7.0 > 125
		Na czczo/przed posiłkami mmol/l mg/dl	≤ 5.5 < 100	> 5.5 ≥ 100	> 6.0 ≥ 110
	Samodzielne oznaczenia	Po posiłku (szczyt) mmol/l mg/dl	< 7.5 < 135	≥ 7.5 ≥ 135	> 9.0 > 160

Kryteria kontroli lipidów w surowicy krwi	Niskie ryzyko	Zwiększone ryzyko	Duże ryzyko
Cholesterol mmol/l mg/dl	< 4.8 < 185	4.8-6.0 185-230	> 6.0 > 230
Cholesterol LDL mmol/l mg/dl	< 3.0 < 115	3.0-4.0 115-155	> 4.0 > 155
Cholesterol HDL mmol/l mg/dl	> 1.2 > 46	1.0-1.2 39-46	< 1.0 < 39
Triglicerydy mmol/l mg/dl	< 1.7 < 150	1.7-2.2 150-200	> 2.2 > 200

Kryteria kontroli ciśnienia tętniczego

Ciśnienie tętnicze	Kryteria	Norma
	Przy prawidłowej albuminurii	< 135/85
	Przy zwiększonej albuminurii	< 130/80
	Przy cukrzycy typu 2	< 141/85

Pamiętaj! Najbardziej odpowiednie dla Ciebie kryteria kontroli cukrzycy wyznaczy dla Ciebie Twój lekarz.

Monitorowanie glikemii* - wyznaczone przez lekarza

Dzień tygodnia	Na czczo	Po śniadaniu	Przed obiadem	Po obiedzie	Przed kolacją	Przed snem	24.00	3.30
poniedziałek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wtorek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
czwartek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piątek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sobota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedziela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insulinoterapia* - zalecana przez lekarza

Zalecenia	Przed śniadaniem	Przed obiadem	Przed kolacją	Insulina nocna
rodzaj insuliny				
dawka insuliny				
godzina podania				

* wypełnia lekarz w poradni

Inne badania - zalecane przez lekarza

Podstawowe badania wykonywane w leczeniu cukrzycy:	Sugerowana częstotliwość wykonywanych badań				
	1 x w tygodniu	2 x w tygodniu	1 x w miesiącu	1 x na pół roku	1 x w roku
- cukier i aceton w moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ciśnienie tętnicze krwi (RR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- masa ciała BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HbA _{1c} /HbA _{1c}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- badanie ogólne moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mikroalbuminuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- samokontrola stóp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cholesterol LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cholesterol HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- triglicerydy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kontrola czucia w obrębie stóp i rąk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kontrola u okulisty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIETA CUKRZYCOWA ■

Zaplanuj z lekarzem, pielęgniarcą lub dietetykiem podaż wymienników węglowodanowych (WW) oraz wartości odżywczych w ciągu całej doby:

Pora dnia	Śniadanie	II Śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja	II Kolacja	Razem
WW							

Zapotrzebowanie na składniki pokarmowe

Zapotrzebowanie energetyczne (kcal)	
Węglowodany	
Białko	
Tłuszcze	

Szczegółowe materiały edukacyjne dotyczące diety możesz otrzymać u lekarza. Zapytaj o nie przy kolejnej wizycie.

TERMINY WIZYT KONTROLNYCH ■

Data	Notatki

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

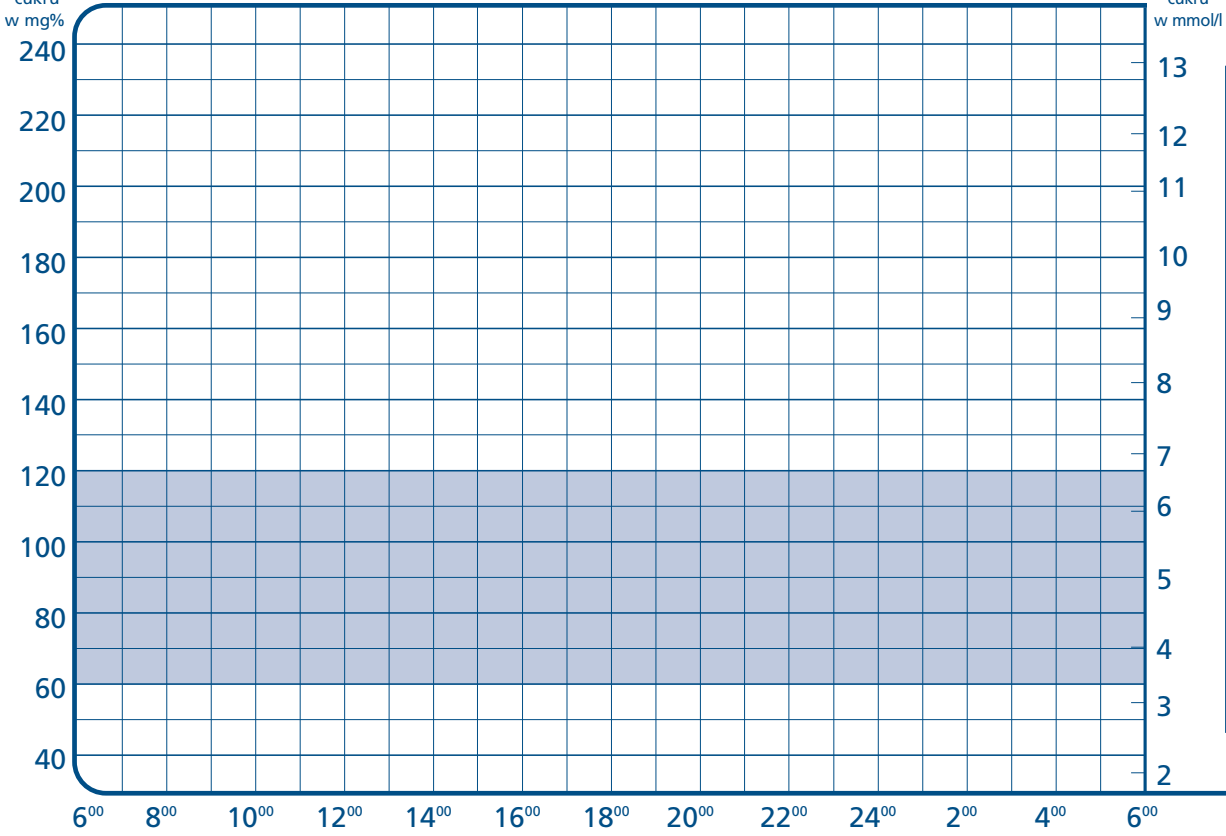
CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

CODZIENNA SAMOKONTROLA ■

Data	Na czczo	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed obiadem	Insulina, lek doustny	Po 2 godz.	Przed kolacją	Insulina, lek doustny	Insulina nocna	Przed snem	24.00	3.30	Uwagi

Poziom cukru w mg% ■ DOBOWY PROFIL GLIKEMI



Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

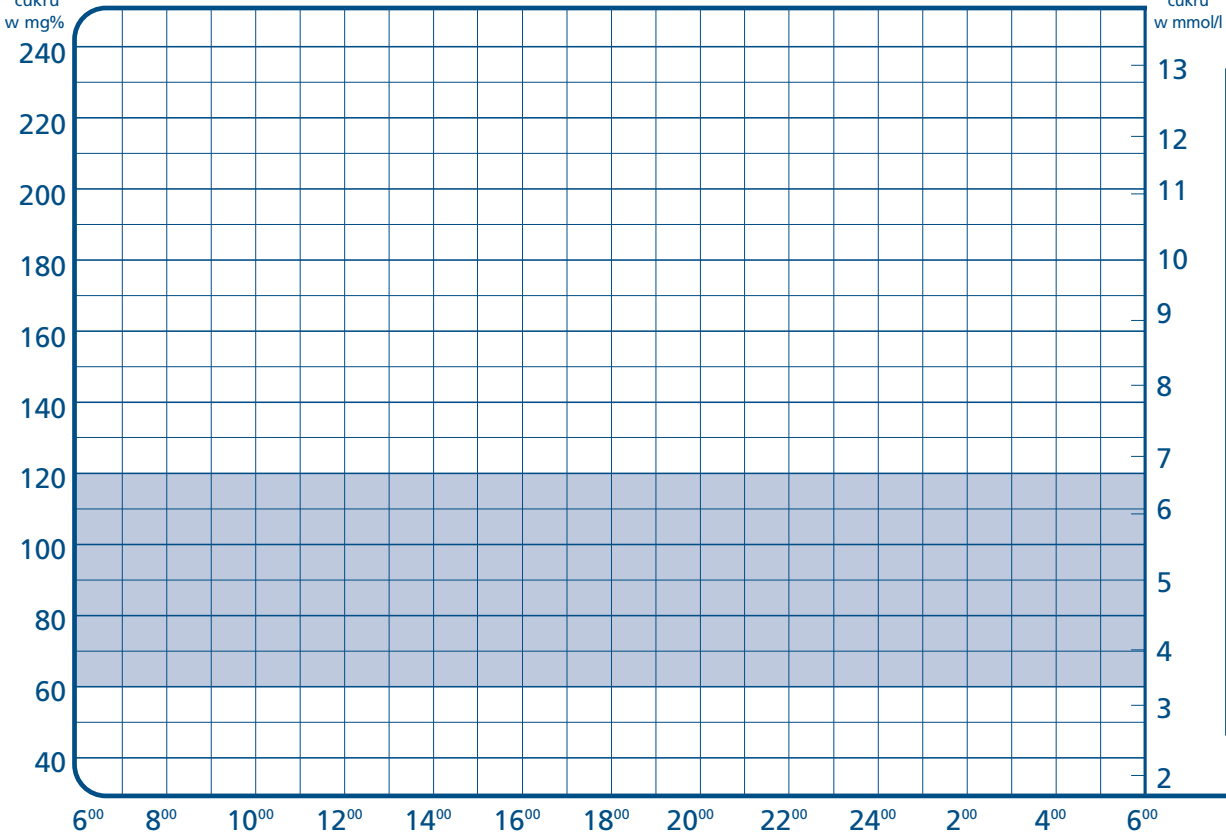
Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Poziom cukru w mg% ■ DOBOWY PROFIL GLIKEMI



Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

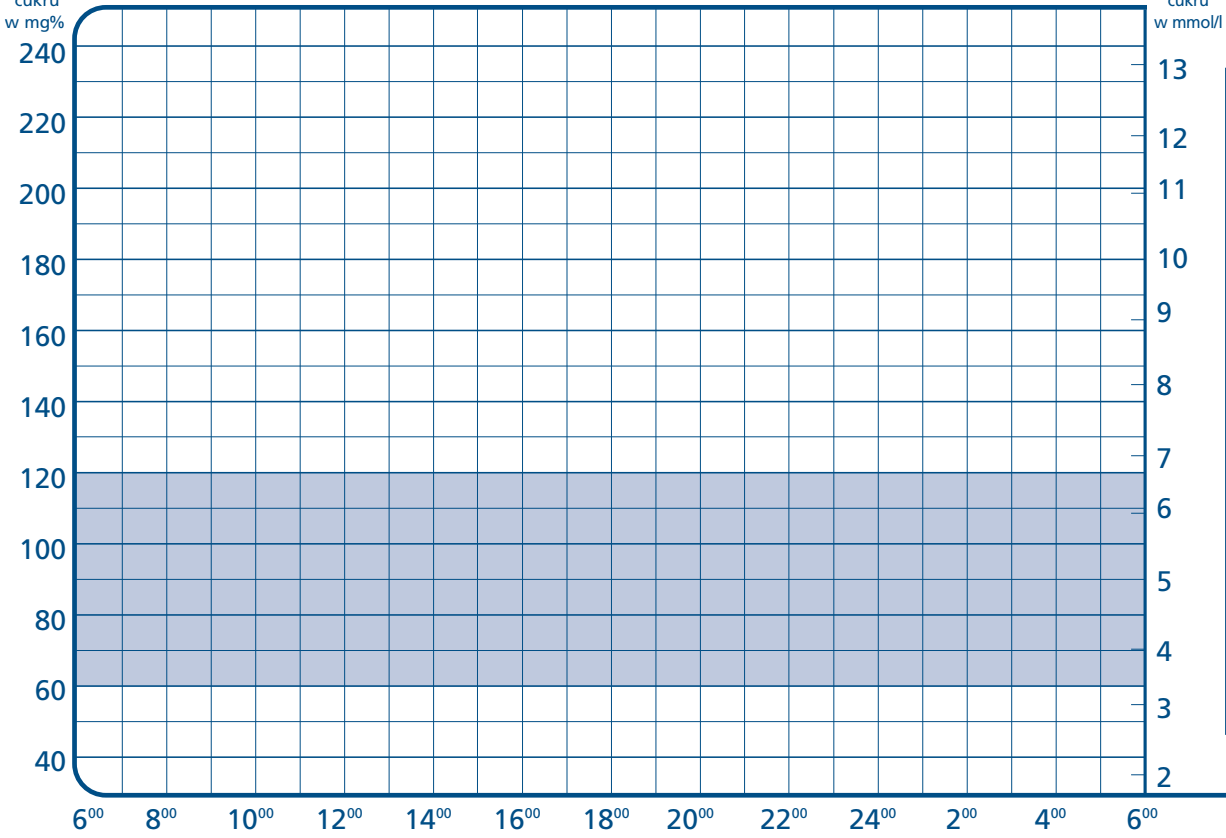
Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Poziom cukru w mg% ■ DOBOWY PROFIL GLIKEMI



Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

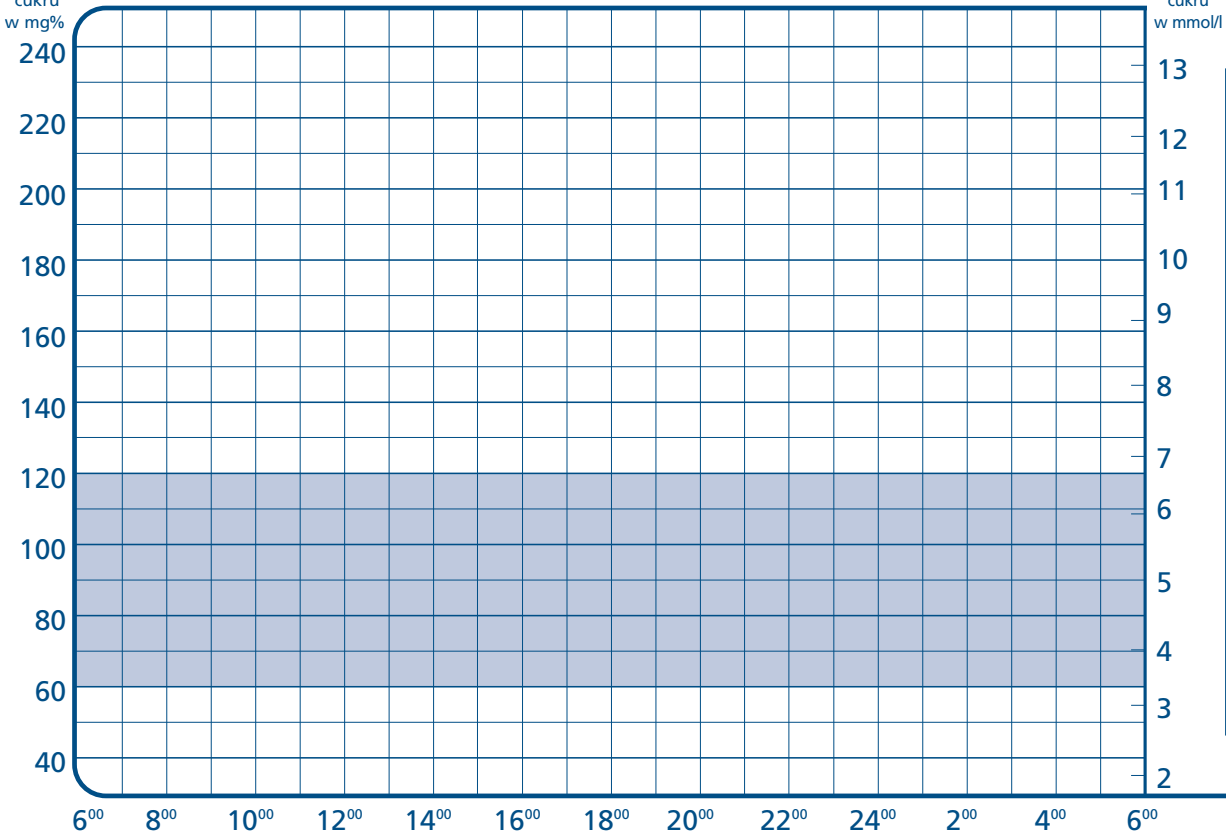
Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Poziom cukru w mg% ■ DOBOWY PROFIL GLIKEMI



Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia:

Data:
Kolor oznaczenia: