

Iz grupe Vaših pacijenata sa dijabetesom, odaberite svaki četvrti karton za ovu reviziju kliničke prakse/*audit* (metoda slučajnog izbora), do ukupnog broja od 30 medicinskih kartona.

REVIZIJA KLINIČKE PRAKSE KOD DIABETES MELLITUS-a
OBRAZAC SA PODACIMA IZ KARTONA

Datum: _____ Šifra tima _____

1. Pol: M Ž 2. Godine starosti: _____
3. Porodična anamneza diabetes mellitusa Da Ne Ne znam
4. Tip diabetes mellitusa: Tip I Tip II
5. U proteklih 6 mjeseci: HbA1C < 0.07 registrovan u kartonu? Da Ne
i/ili 3 mjeseca: glukoza natašte < 7.0 Da Ne
i/ili 3 mjeseca: 2 sata nakon jela < 11.1 Da Ne
6. Prilikom svake posjete:
Indeks tjelesne mase (BMI)/ ili težina je izmjerena i registrovana Da Ne
Pritisak je izmjeren i registrovan Da Ne
7. Registrovan u kartonu najmanje jednom u proteklih 12 mjeseci?
Masti/ukupni holesterol Da Ne
Kreatinin Da Ne
Analiza urina na mikroalbuminuriju Da Ne
Pregled stopala u vezi sa stanjem kože, cirkulacijom Da Ne
Pregled očnog dna od strane vas ili oftalmologa Da Ne
Test na polineuropatiju Da Ne
BMI Da Ne
10. Da li je pacijent pušač? Da Ne Ne znam
11. Ako je pušač, da li je obavljeno savjetovanje u vezi sa prestankom pušenja?
(U kartonu mora postojati upisan dokaz navedenoj tvrdnji) Da Ne
12. Da li pacijent ima povišen krvni pritisak? Da Ne Ne znam

13. Da li su zabilježene pacijentove navike u vezi s uzimanjem alkohola? Da Ne
14. Da li je pacijent imao ijednu epizodu:
 Hipoglikemije Da Ne
 Hiperglikemije Da Ne
15. Da li pacijent koristi mjerač glukoze u svrhu samo-kontrole? Da Ne Ne znam
16. Da li pacijent odlazi kod drugih ljekara zbog dijabetesa?
 Ako Da, kojim specijalistima? _____
 Da Ne Ne znam
17. U proteklih 12 mjeseci, da li je pacijent imao edukaciju vezano za dijabetes, dijetu, fizičku aktivnost, hipoglikemiju, itd (mora biti zabilježeno u kartonu)
 Da _____
 Od strane koga _____
 Ne
18. Oralni lijekovi propisani za dijabetes (navesti):
 Naziv: _____ Dnevna doza: _____
19. Da li pacijent koristi inzulin? Da (dnevna doza)_____ Ne
20. Da li pratite dozu inzulina i mijenjate je po potrebi? Da Ne
 Ukoliko je odgovor "Ne", ko prati dozu inzulina kod pacijenta? _____
21. Ostali lijekovi:
 propisani _____
 nepropisani _____
22. Da li pacijent redovno dolazi na kontrolne preglede? Da Ne
23. Da li se pacijent pridržava propisanog tretmana/redovno uzima terapiju? Da Ne
24. Da li pacijent ima zakazan kontrolni pregled? Da Ne Ne znam