



Vi ber att Ni fyller i blanketten före Ni kommer till mottagningen.

Namn	Personsignum	Datum
När konstaterades diabetes		
Övriga sjukdomar		
Vilka diabetesmediciner använder Ni? (Fyll vid behov också i blanketten om medicinering hemma)		
Får Ni specialersättning för diabetesmedicinerna? (FPA-kortets kod 103) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Blodsockrets målnivå före måltid:	efter måltid:	Jag vet inte min målnivå: <input type="checkbox"/>
Målnivån för mitt blodtryck är under: /		Jag vet inte min målnivå: <input type="checkbox"/>
Målnivån för mitt LDL-kolesterol är under:		Jag vet inte min målnivå: <input type="checkbox"/>

Kryssa vid varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver Er situation.

	Ja	Nej
1. Jag kan kontrollera mina blodsockervärden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag kan injicera insulinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag klarar av att reglera insulinmängden	a) enligt måltiderna <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) enligt motionen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) vid specialtillfällen (exempelvis sjukdom) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. För låga sockervärden förekommer på <input type="checkbox"/> morgonen <input type="checkbox"/> dagen <input type="checkbox"/> kvällen <input type="checkbox"/> natten <input type="checkbox"/> ibland <input type="checkbox"/> inte alls		
5. Jag glömmer ibland att ta medicinerna	<input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> varje vecka	<input type="checkbox"/> sällan <input type="checkbox"/> inte alls
6. Jag utför självkontroll av	a) blodsockret <input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> varje vecka	<input type="checkbox"/> sällan <input type="checkbox"/> inte alls
	b) blodtrycket <input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> varje vecka	<input type="checkbox"/> sällan <input type="checkbox"/> inte alls
7. Jag sköter om mina fötter	<input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> varje vecka	<input type="checkbox"/> sällan <input type="checkbox"/> inte alls
8. Jag motionerar (simmar, skidar, promenar..)	_____ timmar/vecka	
9. Jag röker	_____ cigaretter/dag	
10. Alkoholkonsumtionen	_____ alkoholportioner/vecka	
11. Jag har besökt tandvården senast år:	_____	
12. Mitt midjemått: _____ cm Jag väger: _____ kg Min vikt: <input type="checkbox"/> håller på att minska <input type="checkbox"/> är som tidigare <input type="checkbox"/> ökar		
	Ja	Delvis
13. Jag känner till diätrekommendationerna för diabetiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag följer diätrekommendationerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jag har resurser att sköta mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag behöver handledning i följande ärenden:		

Tea-21sv.doc 21.11.2012

Tack för Ert svar!

Ta till mottagningen utöver denna blankett:

- Uppgifter om självkontrollen (blodsocker, blodtryck, vikt)
- Uppgifter om medicinering hemma (t.ex. blanketten för medicinering hemma)
- Alla recept
- Uppgifterna i sjukjournalen från eventuella andra vårdenheter
- Till skötarens mottagning också blodsockermätaren, mätstickor och blodtrycksmätaren