



## Kwestionariusz dla pacjenta dotyczący hipoglikemii

**Kwestionariusz do wypełnienia przez pacjenta przed wejściem do gabinetu na umówioną poradę edukacyjną.**

Imię i nazwisko: .....

Data: .....

1. Jak często jest Pan/Pani w stanie określić u siebie na podstawie objawów MAŁE stężenie glukozy we krwi?

Nigdy \_\_\_ Rzadko \_\_\_ Czasami \_\_\_ Często \_\_\_ Zawsze \_\_\_

2. Ile razy w ciągu typowego tygodnia stężenie glukozy we krwi zmniejsza się u Pana/Pani do wartości poniżej 70 mg/dl?

\_\_\_ razy w tygodniu

3. Gdy stężenie glukozy we krwi zmniejsza się u Pana/Pani do wartości poniżej 70 mg/dl, jaka jest zwykle tego przyczyna?

4. Ile razy wystąpił u Pana/Pani epizod ciężkiej hipoglikemii (kiedy konieczna była pomoc innej osoby i nie był Pan/była Pani w stanie zastosować leczenia samodzielnie)?

Od ostatniej wizyty: \_\_\_ razy

W ciągu ostatniego roku: \_\_\_ razy

5. Ile razy wystąpił u Pana/Pani epizod umiarkowanie nasilonej hipoglikemii (kiedy nie mógł Pan/mogła Pani jasno myśleć, odpowiednio kontrolować swojego organizmu i konieczne było zaprzestanie tego, co Pan robił/Pani robiła, ale wciąż był Pan/była Pani w stanie zastosować leczenie samodzielnie)?

Od ostatniej wizyty: \_\_\_ razy

W ciągu ostatniego roku: \_\_\_ razy

6. Jak często nosi Pan/Pani ze sobą przekąskę lub tabletki (bądź żel) z glukozą w celu zwiększenia stężenia glukozy we krwi? Proszę wybrać jedną z poniższych odpowiedzi:

Nigdy \_\_\_ Rzadko \_\_\_ Czasami \_\_\_ Często \_\_\_ Zawsze \_\_\_

7. Do jakiej wartości musi zmniejszyć się u Pana/Pani stężenie glukozy we krwi, zanim pomyśli pan/pani, że należy leczyć ten stan?

Poniżej \_\_\_ mg/dl

8. Jakiego rodzaju i ile jedzenia lub napojów spożywa/wypija Pan/Pani zwykle w celu zwiększenia stężenia glukozy we krwi?

9. Czy sprawdza pan/pani stężenie glukozy we krwi przed prowadzeniem samochodu? Proszę wybrać jedną z poniższych odpowiedzi:

Tak, zawsze \_\_\_ Tak, czasami \_\_\_ Nie \_\_\_



10. Do jakiej wartości musi zmniejszyć się u Pana/Pani stężenie glukozy we krwi, zanim pomyśli Pan/Pani, że nie powinien/powinna prowadzić samochodu?

\_\_\_ mg/dl

11. Ile razy zdarzyło się, że stężenie glukozy we krwi zmniejszyło się u Pana/Pani do wartości poniżej 70 mg/dl podczas prowadzenia samochodu?

Od ostatniej wizyty: \_\_\_ razy

W ciągu ostatniego roku: \_\_\_ razy

12. Jeżeli przyjmuje Pan/Pani insulinę, czy ma zestaw ratunkowy z glukagonem?

Tak \_\_\_ Nie \_\_\_

13. Czy współmałżonek, krewny lub inna bliska osoba wie, jak podać glukagon?

Tak \_\_\_ Nie \_\_\_