



Stan hiperglikemii – ocena wiedzy i umiejętności

Imię i nazwisko pacjenta

Imię i nazwisko opiekuna

Data wizyty w POZ

1. Które z poniżej wskazanych objawów mogą świadczyć, że występuje u Pana / Pani wysokie stężenie glukozy we krwi?

Bóle głowy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Częste oddawanie moczu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nadmierna nerwowość	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Senność	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Suchość w jamie ustnej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Trudności w skupieniu uwagi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nudności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Niepokój, lęk	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zimne, nocne poty	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

2. Jakie czynniki mogą sprzyjać występowaniu/powodować u Pana/Pani wysokie stężenie glukozy we krwi?

Brak/ograniczona aktywność fizyczna	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Dojadanie między posiłkami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Narażenie na stres	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ostre infekcje wirusowe/bakteryjne (np.: grypa, angina, zapalenie dróg moczowych)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Brak regularności w przyjmowaniu leków p/cukrzycowych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie