



## Zapobieganie hipoglikemii – ocena wiedzy

Imię i nazwisko pacjenta .....

Imię i nazwisko opiekuna .....

Data wizyty w POZ .....

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

Bóle głowy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
WzmóŜona potliwość	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Nadmierna nerwowość	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Napady wilczego głodu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Częste oddawanie moczu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Uczucie głodu w nocy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Drżenie ciała	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Trudności w skupieniu uwagi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Kołatanie lub szybkie bicie serca	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zmęczenie po przebudzeniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zimne, nocne poty	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Brak apetytu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wybudzenia w nocy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Koszmary senne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zaburzenia widzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Duszność	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

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

WzmóŜona aktywność fizyczna	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Ostra choroba infekcyjna	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Pominięcie posiłku	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Sytuacje stresowe	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
SpoŜycie zbyt małego posiłku	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
SpoŜycie alkoholu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie