

## QUESTIONARIO ASSOCIAZIONE DIABETICI

### Diabete tipo 1

(Strettamente confidenziale a cura del Medico curante)

Assicurando \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

#### 1. Specificare quando il diabete di tipo 1 è stato diagnosticato per la prima volta

\_\_\_\_\_

#### 2. Che tipo di terapia segue?

<input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali	Precisare cosa, dosaggio e frequenza:
<input type="checkbox"/> Insulina	Precisare numero di iniezioni al giorno:

#### 3. Informazioni dettagliate su tutti i test per la glicemia, funzionalità renale, proteinuria, microalbuminuria, iperlipidemia e urine ( riportare valori recenti effettuati negli ultimi 6 mesi )

HbA1c (emoglobina glicata)	Glicemia	Creatinina	GFR
Microalbuminuria	Proteinuria	Colesterolo, trigliceridi e HDL	Esame completo delle urine

#### 4. Attuale misurazione della pressione arteriosa: valori pressori: massima \_\_\_\_\_/Minima \_\_\_\_\_ Assume farmaci per l'ipertensione? Se sì quali? \_\_\_\_\_

#### 5. Informazioni dettagliate su qualsiasi complicanza

**( in caso di risposta affermativa fornire informazioni dettagliate e allegare referti )**

- Disturbi all'occhio \_\_\_\_\_
- Disturbi al cuore \_\_\_\_\_
- Disturbi a i reni \_\_\_\_\_
- Disturbi circolatori \_\_\_\_\_
- Disturbi neurologici \_\_\_\_\_
- Coma diabetologico \_\_\_\_\_

#### 6. Altri accertamenti effettuati:

<input type="checkbox"/> ECG	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Prova da sforzo	Precisare data e risultato:

<input type="checkbox"/> Ecocardiografia	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Risonanza magnetica	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Ecodoppler dei tronchi sovra aortici	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Ecodoppler delle arterie degli arti inferiori	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Coronarografia	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Scintigrafia miocardica	Precisare data e risultato:
<input type="checkbox"/> Fundus oculi, fluoroangiografia, OCT	Precisare data e risultato:

**7. Ulteriori informazioni:**

Altezza \_\_\_\_\_ / Peso \_\_\_\_\_  
 Fumatore: NO  / SI  se SI – quantità al giorno \_\_\_\_\_

**8. Altre patologie non correlate con il diabete:**

---



---



---

Con la presente dichiaro che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto od omesso alcuna circostanza.

Data, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Direzione Tecnica Vita  
 Edizione 2022