

## SCHEDA 1: "Follow up Permanente del Medico di Famiglia"

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Epoca di insorgenza del Diabete:

Terapia in corso (diabetologica e non):

1.....

4.....

2.....

5.....

3.....

6.....

|                      |  | Scheda annuale di follow-up<br>*(Minimo indispensabile) |                  |                 |                  |
|----------------------|--|---|------------------|-----------------|------------------|
|                      |  | 3-4 mesi<br>Data:                                       | 6 mesi*<br>Data: | 9 mesi<br>Data: | 1 anno*<br>Data: |
| <b>Ogni 3-4 mesi</b> | Glicemia   |   |                  |                 |                  |
|                      | HbA1c  |   |                  |                 |                  |
|                      | Esame urine                                      |   |                  |                 |                  |
|                      | Pressione Arteriosa                              |   |                  |                 |                  |
|                      | Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato) |   |                  |                 |                  |
|                      | Rinforzo educativo (specificare argomento)       |   |                  |                 |                  |
|                      | BMI / Circonferenza vita                         | /   | /                | /               | /                |
| <b>Ogni 6 mesi</b>   | Ispezione del piede                              |   |                  |                 |                  |
|                      | EO Cardiovascolare                               |   |                  |                 |                  |
|                      | EO Neurologico                                   |   |                  |                 |                  |
| <b>A 1 anno</b>      | Microalbuminuria                                 |   |                  |                 |                  |
|                      | Creatininemia                                    |   |                  |                 |                  |
|                      | Uricemia   |   |                  |                 |                  |
|                      | Colesterolo tot.                                 |   |                  |                 |                  |
|                      | Colesterolo HDL                                  |   |                  |                 |                  |
|                      | Trigliceridi                                     |   |                  |                 |                  |
|                      | AST / ALT/ GGT                                   |   |                  |                 | / /              |
|                      | Emocromo+F                                       |   |                  |                 |                  |
|                      | Calcolo del rischio CV                           |   |                  |                 |                  |
|                      | ECG  |   |                  |                 |                  |

Altri esami rilevanti eseguiti:.....

Problemi aperti:.....

TIMBRO e Firma del Medico

- Indirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del medico
- Indirizzo E-mail del medico