

## **SCHEDA SOSPETTO DIABETE MELLITO NELL'ADULTO**

### **SEDE**

PS

AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA/SPECIALISTICA AMBULATORIALE

AMBULATORI OSPEDALIERI

REPARTI OSPEDALIERI

MEDICINA DEL LAVORO

### **DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

COGNOME:

NOME:

CF:

CODICE ESENZIONE:

DATA DI NASCITA:

RESIDENZA:

TELEFONO:

EMAIL:

### **VALUTAZIONE ATTUALE**

PESO:                   kg

ALTEZZA:                   m

BMI:                   kg/m<sup>2</sup>

PA:                   mmHg

### **SETTING SOCIALE/FAMILIARE**

Vive in famiglia/comunità	SI	NO
---------------------------	----	----

È capace di spostarsi autonomamente	SI	NO
-------------------------------------	----	----

Firma dell'infermiere compilatore:

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: (indicare la modalità di esordio tra quelle descritte dagli Standard di cura del Diabete mellito AMD-SID 2018)**

brusca comparsa di una sintomatologia tipica (poliuria, polidipsia, calo ponderale, tendenza alla chetosi in soggetti con età < 30 anni, normopeso con familiarità per patologie autoimmuni);

soggetti con età > 40 anni in sovrappeso o con obesità viscerale (BMI > 30), con sintomatologia tipica modesta o assente, senza tendenza alla chetosi;

riscontro di complicanza cronica del diabete (sospetta retinopatia diabetica, ulcera del piede ...);

riscontro occasionale di alterazione di glicemia venosa a digiuno in assenza di sintomatologia (glicemia  $\geq 100$ ).

**CONCLUSIONI**

**CONFERMATO IL SOSPETTO DI DIABETE**      SI      NO

DATA ARRUIOLAMENTO NEL PDTA DIABETE MELLITO NELL'ADULTO:

**Altre informazioni eventualmente acquisite**

Familiarità per diabete mellito	SI	NO
Pregresso diabete mellito gestazionale	SI	NO
Iperensione arteriosa	SI	NO
Ipercolesterolemia	SI	NO
Tabagismo	SI	NO
Cardiopia	SI	NO
Patologie autoimmuni	SI	specificare: NO
Farmaci iperglicemizzanti	SI	specificare: NO

Firma del medico compilatore:

---