

BARNEDIABETESREGISTERET

ÅRSKONTROLL

Pasientnummer

--	--	--	--	--

Barkode/Navnelapp

Behandler sykehus

Årskontroll dato

 / /
Kjønn: Mann Kvinne

Diabetes

- Type 1
 Type 2
 Mody type

Annen type

Hvis MODY, spesifiser nr.

Diagnose dato

 / /

Familie anamnese

Har det vært forandringer i familien med hensyn til hva som ble gitt ved forrige registrering? Ja Nei
Hvis Ja, vennligst fyll ut tabellen nedenfor. (Må fylles ut ved 1st registrering)

Bruk kodene angitt i tabellen nederst på siden for de enkelte slektingene.

Hvem i familien har evt. hatt følgende?	Ingen	Vet ikke	Hvis tilfelle, angi koder evt. for flere personer.				
1. Type-1 diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Type-2 diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Diabetes, annen type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Hjerterinfarkt før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Hjerneslag før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Benamputasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Laserbehandling diab. retinopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Behandling for diab. nyreskader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Behandling for høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Behandling for høyt kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Cøliaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Hypertyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Koder:

Mor	0.1	Mors'mor	1.1	Fars'mor	2.1
Far	0.2	Mors'far	1.2	Fars'far	2.2
Søster	0.3	Mors'søster	1.3	Fars'søster	2.3
Bror	0.4	Mors'bror	1.4	Fars'bror	2.4
Tv.søster	0.5	Mors'tv.søster	1.5	Fars'tv.søster	2.5
Tv.brør	0.6	Mors'tv.brør	1.6	Fars'tv.brør	2.6

Pasientnummer

--	--	--	--	--

Fra hvilken befolkningsgruppe / land kommer?

Pasienten:	<input type="checkbox"/> Norge	<input type="checkbox"/> Annet	Evt. hvilket land?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Mor:	<input type="checkbox"/> Norge	<input type="checkbox"/> Annet	Evt. hvilket land?	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Far:	<input type="checkbox"/> Norge	<input type="checkbox"/> Annet	Evt. hvilket land?	<input style="width: 100px;" type="text"/>

Høyde(cm)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> ,	Vekt(kg)	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> ,	Menarche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
				Hvis Ja, (mm/ååå)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	/ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

Blodtrykk

<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	mmhg	90-94 perc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Husk å krysse av percentil.	
			Systolisk	Diastolisk	≥ 95 perc.	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nei
					Kontrollmålt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nei

Tobakk

Røyker pasienten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja, røyker pasienten daglig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Snuser pasienten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis Ja, snuser pasienten daglig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Aktiviteter Utenom skoletid:

<p>Hvor ofte driver pasienten idrett eller mosjonerer så mye at han/hun blir andpusten og/eller svett?</p> <p><input type="checkbox"/> Aldri</p> <p><input type="checkbox"/> Mindere enn 1 gang i mnd</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 ganger pr. mnd</p> <p><input type="checkbox"/> 1 gang i uka</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 ganger i uka</p> <p><input type="checkbox"/> 4-6 ganger i uka</p> <p><input type="checkbox"/> Hver dag</p>	<p>Hvor mange timer i uka driver pasienten idrett, eller mosjonerer så mye at han/hun blir andpusten og/eller svett?</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen</p> <p><input type="checkbox"/> Ca. en 1/2 time</p> <p><input type="checkbox"/> Ca. 1 time</p> <p><input type="checkbox"/> Ca. 2-3 timer</p> <p><input type="checkbox"/> Ca. 4-6 timer</p> <p><input type="checkbox"/> 7 timer el. mer</p>	<p>Hvor mange timer per dag pleier pasienten å se på TV og/eller sitte foran PC'en?</p> <p><input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt</p> <p><input type="checkbox"/> Mindere enn 1/2 time</p> <p><input type="checkbox"/> 1/2 - 1 time</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 timer</p> <p><input type="checkbox"/> 4 timer</p> <p><input type="checkbox"/> Mer enn 4 timer</p>
--	---	--

HbA1c

Siste verdi av HbA1c målt ved eget laboratorium	
Prøvedato (dd/mm/åååå)	HbA1c verdi
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Prøven ble analysert ved:	Metode:
<input type="checkbox"/> eget sykehus	<input type="checkbox"/> annet
<input style="width: 100px;" type="text"/>	

Prøve tatt samtidig og analysert sentralt

Analysedato (dd/mm/åååå)	HbA1c verdi
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Ble det sendt serum til sentral analyse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Blodprøve tatt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis nei, hvorfor ikke: <input style="width: 100px;" type="text"/>

--	--	--	--	--

Lipider

	Ikke fastende		Fastende
Total kolestero (mmol/l)	<input type="text"/> , <input type="text"/>	Fastende kontroll hvis ≥ 5.0 mmol/l	<input type="text"/> , <input type="text"/>
HDL-kolestero (mmol/l)	<input type="text"/> , <input type="text"/>	Fastende kontroll hvis < 1.1 mmol/l	<input type="text"/> , <input type="text"/>
LDL- kolestero (mmol/l)	<input type="text"/> , <input type="text"/>	Fastende kontroll hvis > 2.6 mmol/l	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Fastende triglyserider (mmol/l)	<input type="text"/> , <input type="text"/>	Fastende kontroll hvis > 1.7 mmol/l	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Apo-B (g/l)	<input type="text"/> , <input type="text"/>		<input type="text"/> , <input type="text"/>
Apo-A1 (g/l)	<input type="text"/> , <input type="text"/>		<input type="text"/> , <input type="text"/>

Resultater av albuminundersøkelser i urin

	Verdi	Enhet:	Urinsamling:
1. urinprøve	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> mg/mmol	<input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Spot
Ved forhøyet 1.prøve :		<input type="checkbox"/> mikrog/min <input type="checkbox"/> mg/24t	
2. urinprøve	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> mg/mmol	<input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Spot
Ved forhøyet 2.prøve:		<input type="checkbox"/> mikrog/min <input type="checkbox"/> mg/24t	
3. urinprøve	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> mg/mmol	<input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Spot
		<input type="checkbox"/> mikrog/min <input type="checkbox"/> mg/24t	

Foreligger det persisterende mikroalbuminuri? Ja Nei Vet ikke

Urinprøve tatt? Ja Nei Hvis Nei, hvorfor ikke?

Komplikasjoner siste året:

Har pasienten vært innlagt for ketoacidose? Ja Nei Vet ikke

Hvis Ja, antall ganger:

	Dato	pH	Standard bikarbonat	Ketoner
Bloodprøvestatus ved innleggelse nr: 1	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
2	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
3	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

Har pasienten hatt insulinsjokk m/kramper, bevisløshet? Ja Nei Vet ikke

Hvis Ja, dato Hvis Ja, antall ganger: Mulig årsak:

<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>

Har pasienten (> 5 år) hatt følinger med behov for hjelp fra andre siste 4 uker? Ja Nei Vet ikke

Hvis Ja, antall ganger:

--	--	--	--	--

Konsultasjoner siste året:

Antall innleggelser på sykehus p.g.a. diabetes det siste året	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall konsultasjoner hos diabeteslegen det siste året	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall konsultasjoner hos diabetessykepleier det siste året	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall konsultasjoner hos andre medlemmer i diabetesteamet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall felles konsultasjoner	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall uteblitte konsultasjoner det siste året	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Undersøkelser siste året

Har det vært gjennomført øyeundersøkelser det siste året?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Har det blitt gitt laserbehandling for øyekomplikasjoner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Ja, dato for beh.	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Har det blitt påvist retinopati?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Ja:	<input type="checkbox"/> Non-proliferativ	<input type="checkbox"/> Proliferativ	<input type="checkbox"/> Pre-proliferativ
Har det vært gjennomført undersøkelser av føtter det siste året?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Er det påvist perifer neuropati?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Ja, hvilken metode ble bruk:	<input type="text"/>		
Hvis Ja og kjent, hvilken dato	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
På injeksjonsstedet: Er det infiltrater?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Er det hudforandringer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke

--	--	--	--	--

Behandling av diabetes

Multiinjeksjonsbehandling?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Superhurtigvirkende insulin/analogs:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, antall IE/døgn	<input type="text"/>	Hvis ja, antall injeksjoner/døgn	<input type="text"/>
Langtidsvirkende insulin/analogs:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, antall IE/døgn	<input type="text"/>	Hvis ja, antall injeksjoner/døgn	<input type="text"/>
Middels langtidsvirkende insulin:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, antall IE/døgn	<input type="text"/>	Hvis ja, antall injeksjoner/døgn	<input type="text"/>

Insulinpumpe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, insulinnålen skiftes hver	<input type="text"/>	døgn	
Hvilken typepumpe/model	<input type="text"/>		
Hvilken type insulin	<input type="text"/>		
Antall IE basal	<input type="text"/>	pr. døgn	
Antall IE bolus	<input type="text"/>	pr. døgn	
Antall bolusdoser	<input type="text"/>	pr. døgn	

Annen type behandling			
Bare diett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Antidiabetes tabletter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Ferdige blandinger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, hvilken type	<input type="text"/>		

Bruker pasienten boluskalkulator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, hvor ofte	<input type="checkbox"/> Mer enn 50% av tiden	<input type="checkbox"/> Mindre enn 50% av tiden	<input type="checkbox"/> Vet ikke

Antall blodsuktermålinger pr. uke	<input type="text"/>	(Her skal det ikke registreres CGM/FGM)
Kontinuelig blodsukkerregistrering (CGM/FGM)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, hvor ofte	<input type="checkbox"/> Mer enn 50% av tiden	<input type="checkbox"/> Mindre enn 50% av tiden <input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvilken type måler	<input type="text"/>	

--	--	--	--	--

Andre kjente sykdommer

Cøliaki	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	Hvis Ja, diagnosedato	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke									
Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke									
ADHD	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke									
Down syndrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke									
Epilepsi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke									
Cystisk fibrose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke									
Andre sykdommer	<input type="text"/>											

Annen behandling

Bruker pasienten ACE-hemmer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Ja, Hvorfor	<input type="text"/>		
Bruker pasienten andre blodtrykksregulerende medikamenter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Bruker pasienten statin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis Ja, Hvilken type	<input type="text"/>		
Bruker pasienten anti-epileptika?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Annen medikamentell beh.	<input type="text"/>		

Kost

Har pasienten fått kostveiledning av klinisk ernæringsfysiolog det siste året?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Har pasienten fått opplæring i karbohydrat telling/vurdering?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Bruker pasienten dette?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke

Ansvarlig legen (etternavn, fornavn)

Ansvarlig sykepleier (etternavn, fornavn)