

BARNEDIABETESREGISTERET (BDR)

Førstegangsregistrering v/ nyoppdaget diabetes *

Pasientnummer

--	--	--	--	--

Barkode/Navnelapp

Registrerings dato

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Pasient

Fødselsdato

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Fødselnummer

--	--	--	--	--	--

Kjønn: Mann Kvinne

Etternavn

--

Fornavn

--

Mellomnavn

--

Adresse

--

Poststed

--	--	--	--	--

Kommune

--

Fylke

--

Nasjonalitet

--

Fødeland

--

Behandlende sykehus

--

Avdeling

--

Diagnostisert Annet land

Land

--

Diagnosedato

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Hvor er familien født? (land)

Mor

--

Far

--

Mormor

--

Morfar

--

Farmor

--

Farfar

--

Hvilken etnisk gruppe tilhører familie?

Mor

--

Far

--

Mormor

--

Morfar

--

Farmor

--

Farfar

--

Samtykke

Har pasienten samtykket til å være med i BDR?

Ja Nei Ikke avklart

Har det blitt sendt samtykke til BDR?

Ja Nei Ukjent

Dato for samtykke

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Pasientnummer

--	--	--	--	--

Adopsjon

Adoptert: Ja Nei Vet ikke

Land

Foreldre adoptert: Ja Nei Vet ikke

Land

Høyde(cm)

				,	
--	--	--	--	---	--

Vekt(kg)

				,	
--	--	--	--	---	--

Pubertetstadiet

Tanner
Pubesbehåring
(1-5)

Menarche?

 Ja

 Nei

Hvis Ja, (mm/ååå)

		/				
--	--	---	--	--	--	--

Blodtrykk

			/			
--	--	--	---	--	--	--

Systolisk

Diastolisk

mmhg

90-94 perc.

 Ja

 Nei

 Vet ikke

≥ 95 perc.

 Ja

 Nei

 Vet ikke

Kontrollmålt?

 Ja

 Nei

 Vet ikke

Hvile andre sykdommer hadde pasienten før han/hun fikk diabetes?

Cøliaki Ja Nei Vet ikke

Hypothyreose Ja Nei Vet ikke

Hyperthyreose Ja Nei Vet ikke

ADHD Ja Nei Vet ikke

Down syndrom Ja Nei Vet ikke

Epilepsi Ja Nei Vet ikke

Cystisk fibrose Ja Nei Vet ikke

Andre sykdommer

Tobakk

Røyker pasienten? Ja Nei Hvis Ja, røyker pasienten daglig? Ja Nei

Snuser pasienten? Ja Nei Hvis Ja, snuser pasienten daglig? Ja Nei

--	--	--	--	--

Type diabetes

Type 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
Antistoffer	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Ikke tatt <input type="checkbox"/> Ukjent
Type 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
	<input type="checkbox"/> Peroral glukosebehandling <input type="checkbox"/> HbA1c
Mody	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
	Spesifiser Mody nr og gen
	<input type="text"/>
	Dato for gentesting
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Kir 6.2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
	Dato for gentesting
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sekundær diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
	Spesifiser
	<input type="text"/>
Annen type diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
	Spesifiser
	<input type="text"/>
Ukjent type diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke
	Spesifiser
	<input type="text"/>
Kommentar	<input type="text"/>

--	--	--	--	--

Familie opplysninger

Har noen i familien følgende sykdommer?

 Ja Nei

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

Hvis tilfelle, angi koder evt. for flere personer.

Type-1 diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Type-2 diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Mody	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Diabetes, annen type	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Cøliaki	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Hjerneslag før 60 års alder	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Benamputasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Laserbehandling diab. retinopati	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Behandling for diab. nyreskader	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Behandling for høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
Behandling for høyt kolesterol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

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

--	--	--	--	--

Laboratorieundersøkelser

Er det sendt blodprøver til nasjonal analyse og biobank

 Ja Nei Vet ikke
Analyser ved eget laboratorium

Dato for prøvetakelse(dd/mm/åååå)

--	--	--	--	--	--	--	--

Blodglukose (1.måling) Standard bikarbonat pH Urinketoner Ja Nei ++ +++Blodketoner Ja Nei Vet ikkeVerdi **HbA1c**

HbA1c måling ved eget laboratorium

--	--	--	--

Nedre grense (-2SD)

--	--	--	--

Øvre grense (+2SD)

--	--	--	--

Dato for prøvetakelse(dd/mm/åååå)

--	--	--	--	--	--	--	--

C-peptid Ins-antistoffer Anti-Gad Anti-IA2 Zink ZNT8 Vitamin D2 Vitamin D3 Vitamin D total **HbA1c sentralt**

--	--	--	--	--

Behandling i avdelingen**Innleggesdag = Dag 0**

Intravenøs insulin

Fra dag Til dag

Intravenøs væskebehandling

Fra dag Til dag

Intravenøs bikarbonat/buffer

Fra dag Til dag

Start subcutant hurtigvirkende insulin

Fra dag Analog Ja Nei Vet ikke

Start subcutant langsomtvirkende insulin

Fra dag Analog Ja Nei Vet ikke**Behandling ved utskrivning**Bare diett Ja Nei Vet ikkeAntidiabetes tabletter Ja Nei Vet ikkePenn/sprøyte Ja Nei Vet ikke

Hvis Ja, hvilken type

Ferdige blandinger Multiinjeksjonsbehandling Insulinpumpe Ja Nei Vet ikke

Hvis Ja

Hvilken typepumpe Hvilken type Insulin Bruker pasienten sensor Ja Nei Vet ikke

Utskrevet dato(dd/mm/åååå)

 / / Vekt (kg) Total insulindose (IE/døgn) Gj.snitt blodglukose (mmol/l)

Kommentar

Ansvarlig lege (etternavn, fornavn)

Ansvarlig sykepleier (etternavn, fornavn)