

 <p>REGIONE DEL VENETO</p> <p>ULSS6 EUGANEA</p> <p>Dipartimento Area Servizi di Diagnosi e Cura</p>	MODULO ANAMNESTICO OGTT	MO-MediLab-97 All. 3 IO-MediLab-16 POp-DSDC-MediLab-01A	
Identificazione UO/Servizio: U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO	Rev. N. 02 del 02/01/2017	Pag 1 di 1	

Informazioni per curva da carico orale di glucosio da compilarsi a cura del paziente

Gentile utente la preghiamo di rispondere alle seguenti domande e fornirci le seguenti informazioni:

Cognome _____ Nome _____

Età _____ Peso _____ Altezza _____

1. il suo medico curante o qualcuno le ha già detto che ha la glicemia alta (zuccheri nel sangue) o il diabete? SI NO
2. è seguito dal Centro di Diabetologia del nostro ospedale? SI NO
3. ha parenti (genitori, nonni, fratelli) con il diabete? SI NO
4. oggi ha febbre, influenza, non si sente bene, ha avuto recentemente interventi chirurgici? SI NO
5. ha assunto farmaci (stamattina)? SI NO

Domande riservate alle pazienti in gravidanza

1. settimana di gravidanza _____
2. è la prima gravidanza o ha avuto altre gravidanze, se si quante? _____
3. ha avuto figli che alla nascita pesavano oltre 4 kg? SI NO
4. età superiore a 35 anni? SI NO
5. aborti spontanei? SI NO
6. è aumentata più di 12 Kg nel primo trimestre? SI NO

Firma _____

riservato al personale medico/infermieristico

ID. RICHIESTA PAZIENTE:

glicemia capillare _____ mg/dL

Si procede con la somministrazione di glucosio si no

Soluzione di glucosio e quantità da somministrare	Firma di chi somministra

Data _____

Note _____