



Adı Soyadı :	Tarih: / /
ID NO :	Eğitim Durumu :
Doğum Tarihi :	Telefon Numarası :
Cinsiyet :	Sosyal Güvence :
Medeni Hali :	Adres :
Tanı :	

Ailede başka diyabetli birey var mı? () Hayır () Evet Akrabalık derecesi

Poliklinik kontrol sıklığı nedir? () gün () ay () yıl

Diyabet Tanı Tarihi :..... / /

Diyabet Süresi (Yıl / Ay) :.....

Diyabet Tipi : () Tip 1 () Tip 2 () Gestasyonel ()
Diğer.....

Tedavi Şekli : () Tıbbi Beslenme () İnsülin Pompası
() Oral Antidiyabetik ilaç
() İnsülin - 2 li / günde
* Tekli doz enjeksiyon - 3 lü / günde
* Çoklu doz enjeksiyon - 4 lü / günde
- diğer.....

Oral Antidiyabetik ilaç kullanılıyorsa adı ? Dozu: Sıklığı:

İnsülin Adı Dozu : Sabah Öğle Akşam Gece

•İnsülin Enjeksiyonunu genellikle kim yapıyor? () Kendisi () Aile üyeleri ()
Diğer.....

•Alan rotasyonu yapıyor mu? () Evet () Hayır
•Lipodistrofi () Yok () Var ise bölgesi.....

Varsa Diğer Hastalıkları Ve İlaçlarının Adı : Dozu: Sıklığı:



Diyabette oluşabilecek komplikasyonlar

Retinopati:	()	Dislipidemi:	()
Nefropati :	()	Hipertansiyon:	()
Nöropati :	()	Ayak Sorunu:	()
Koroner Kalp Hastalığı :	()	Katarakt :	()
Kalp Krizi :	()	Glokoma:	()
Serebro Vasküler Hastalık:	()	Gestasyonel Diyabet:	()
İnme:	()	Uyku Apnesi:	()
Periferik arter hastalığı:	()		
Diğer:.....			

•Kan Şekeri ölçümü sıklığı :	Günde.....kez	Haftada.....kez
•Kan şeker ölçümünü kim yapıyor?	Kendisi () Aile bireyleri () Diğer.....	
•Kan Şekeri Kayıtları var mı?	Evet () Hayır () Düzenli değil ()	
•Kan basıncı ölçümü yapıyor mu?	Evet () Hayır () Düzenli değil ()	
•Egzersiz alışkanlığı	Evet () Egzersizin tipi / sıklığı / süresi	
	Hayır ()	
•Beslenme önerilerine uyum	Evet () Hayır ()	
•Ağız diş sağlığı	Diş fırçalama() Çalkalama () Periyodik Kontrol ()	
•Deri bakımı yapıyor mu?	Deri bütünlüğü kontrolü () Temizlik () Nemlendirme ()	
•Ayak kontrolü ve bakımı yapıyor mu?	Evet () Hayır () Nasıl.....	
•Hasta ayakkabılarını kontrol ediyor mu?	Evet () Hayır ()	
•Ayakkabısı uygun mu ?	Evet () Hayır ()	
•Sigara kullanıyor mu ?	Evet..... Adet/günde	Hayır () Bırakmış ()
•Alkol kullanıyor mu?	Evet.....Kadeh/günde	Hayır () Bırakmış ()
•Daha önce diyabet eğitimi	Almış () Yer..... Süre.....	
	Almamış ()	
•Ailenin diyabet eğitimi	Var () Yok ()	
•Diyabetli bireyin aileye bağımlılığı	Bağımlı () Bağımsız ()	



VERİLEN DİYABET EĞİTİMİ

İNSÜLİN UYGULAMA EĞİTİMİ

DİYABETİK AYAK BAKIMI EĞİTİMİ

GESTASYONEL DİYABET EĞİTİMİ

DİYABET DEFTERİ KULLANMA EĞİTİMİ

Eğitim Yöntemi

Düz anlatım ()

Yazılı Materyal ()

Grup Eğitimi ()

İşitsel Görsel ()

Uygulamalı/Uygulatmalı Eğitim ()

Değerlendirme

1- Eğitim başarılı

2- Kısmen Başarılı

3- Tekrar Edilmeli

4- Başarısız

EĞİTİMİ ALAN

AD /SOYAD:

İMZA :

EĞİTİMİ VEREN

AD/SOYAD :

İMZA :