

Check-list voor telefonisch consult (bij ontregelde bloedglucose):

Datum: _____ Tijd: _____

Type 1 / Type 2

Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Telefoonnummer: ____ - _____

Woont patiënt alleen? Ja
 Nee
 Wie kan helpen? _____

Behandelend arts? HA _____
 Internist _____
 Anders _____

Diabetesverpleegkundige? Ja _____
 Nee _____

Thuiszorg? Ja
 Nee

Hoeveel jaar heeft patiënt DM? _____ jaar

Wat is nu het probleem? Ziek? _____

Lengte: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Behandeling:

Orale medicatie: SU dosering: _____
 Metformine dosering: _____
 TZD dosering: _____

Insulinetherapie: Novorapid IT
 Lantus
 Levemir
 Novomix 30
 Mixtard 30
 Andere _____
 Dosering insuline _____

Antibiotica? Ja Nee

Corticosteroiden ? Dosis _____

Eten / drinken / bewegen

Symptomen van hypo / hyper? Ja Nee

Symptomen:

Beven	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Duizelig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Dorst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Transpireren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Veel plassen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Braken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Misselijk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Pijn / hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
Koorts	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____

Andere informatie:

Informatie en advies m.b.t. de behandeling:

Datum				
Uur				
Bloedglucose				
Ketonen				
Temperatuur				
Voeding				
Drank				
Insulinedosis				
Orale medicatie				
Overige info				
Belt opnieuw	uur	uur	uur	uur
Naam dvk				