

Datum _____

Ερωτηματολόγιο για τον διαβήτη κύησης (GDM):

Ενώ περιμένετε, απαντήστε σε μερικές ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε.

GDM-Fragebogen: Bitte beantworten Sie uns während Sie warten ein paar Fragen, so gut Sie können.

Πότε είναι η αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού του μωρού σας; _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Έχετε ήδη κάνει OGTT 50g (μικρή δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) ή/και OGTT 75g (δοκιμασία ανοχής γλυκόζης ή αλλιώς καμπύλη σακχάρου);

Wurde bei Ihnen bereits ein 50g oGTT (kleiner Zuckertest) oder/und 75g oGTT (großer Zuckertest mit 3 Werten) durchgeführt?

☐ Όχι

Nein

☐ Ναι, OGTT 50g: _____

Ja, 50g oGTT

☐ Ναι, OGTT 75g: νηστεία _____, μετά από 60 λεπτά _____, μετά από 120 λεπτά _____

Ja, 75g oGTT: nüchtern

nach 60min

nach 120min

Πότε πραγματοποιήθηκε η OGTT 75g; _____

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Πού πραγματοποιήθηκε η OGTT 75g;

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

☐ Διαβητολογικό ιατρείο☐ Γυναικολόγος☐ Οικογενειακός γιατρός☐ Νοσοκομείο

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Frauenarzt

Hausarzt

Klinik

Το ύψος σας; _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

Το βάρος σας ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη; _____ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Καπνίζετε; ☐ Όχι ☐ Πρώην καπνίστρια εδώ και _____ ☐ Ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα; _____

Rauchen Sie? Nein

Ex-Raucherin seit:

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Ποια είναι η μητρική σας γλώσσα;

Welche ist Ihre Muttersprache?

☐ Γερμανικά☐ Αλβανικά☐ Αραβικά☐ Βουλγαρικά

Deutsch

Albanisch

Arabisch

Bulgarisch

☐ Κινέζικα☐ Αγγλικά☐ Γαλλικά☐ Ελληνικά☐ Ιταλικά☐ Κουρδικά

Chinesisch

Englisch

Französisch

Griechisch

Italienisch

Kurdisch

☐ Πολωνικά☐ Πορτογαλικά☐ Ρουμανικά☐ Ρωσικά☐ Ισπανικά☐ Τουρκικά

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Spanisch

Türkisch

☐ Άλλη _____

Sonstige

Πώς είναι οι γνώσεις σας στη γερμανική γλώσσα;

☐ Επαρκείς☐ Απαιτείται διερμηνέας

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Ausreichend

Dolmetscher erforderlich

Έχει κάποιος από τους γονείς, τα αδέρφια ή τα παιδιά σας διαβήτη; ☐ Όχι ☐ Ναι

Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor? Nein Ja

Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος; _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Πόσα παιδιά έχετε γεννήσει; _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- Βάρος γέννησης του βαρύτερου παιδιού; _____ γρ.
Geburtsgewicht des schwersten Kindes? ____g
 - Έχετε ξαναδιαγνωστεί ποτέ με διαβήτη κύησης; ☐ Όχι ☐ Ναι
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
 - Είχατε προεκλαμψία σε προηγούμενες εγκυμοσύνες; ☐ Όχι ☐ Ναι
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
 - Έχει κάποιο από τα παιδιά σας προβλήματα υγείας; ☐ Όχι ☐ Ναι, ποια:
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche
-

Περιμένετε δίδυμα, τριδύμα κ.λ.π.; ☐ Όχι ☐ Ναι

Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)? Nein Ja

Υποβληθήκατε σε θεραπεία γονιμότητας για αυτήν την εγκυμοσύνη; ☐ Όχι ☐ Ναι

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Παίρνατε φολικό οξύ ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη; ☐ Όχι ☐ Ναι

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Παίρνατε μετφορμίνη ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη; ☐ Όχι ☐ Ναι

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Χρησιμοποιήσατε ένεση απώλειας βάρους; ☐ Όχι ☐ Ναι, τότε ήταν η τελευταία φορά; _____ (Ημερομηνία)

Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet? Nein, Ja, wann zuletzt? (Datum)

Είχατε αρτηριακή υπέρταση (ψηλή πίεση) πριν από την εγκυμοσύνη; ☐ Όχι ☐ Ναι

Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ ένεση απώλειας βάρους; ☐ Όχι ☐ Ναι, ποιο:

Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen? Nein, Ja, welche:

☐ Γαστρικός δακτύλιος ☐ Γαστρικό μανίκι ☐ Γαστρικό bypass ☐ Δεν γνωρίζω ☐ Άλλο
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere

Παίρνετε φάρμακα ή/και βιταμίνες; ☐ Όχι ☐ Ναι, Ποια:

Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein? Nein, Ja, welche

Έχετε άλλες γνωστές ασθένειες ή προβλήματα υγείας; ☐ Όχι ☐ Ναι, ποιο:

Sind bei Ihnen andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme bekannt? Nein Ja, welche

Σε ποιο νοσοκομείο θα γεννήσετε; _____

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Ποιος/Ποια είναι ο/η οικογενειακός σας γιατρός; _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Ποια/Ποιος είναι η/ο γυναικολόγος σας; _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Πόσο συχνά γυμνάζεστε την εβδομάδα; _____ φορές την εβδομάδα

Wie oft in der Woche machen Sie Sport? An ____ Tag/en in der Woche

Είστε εργαζόμενη αυτή τη περίοδο; ☐ Όχι ☐ Ναι

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Ποιος είναι ο αριθμός επικοινωνίας σας; _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Προς μέτρηση και συμπλήρωση στην πράξη - Ερωτηματολόγιο GDM:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

Patienten ID: _____

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ kg