 **Datenerhebungsformular für die Behandlungsdaten bei GDM:**

Dieses Formular kann im abschließenden Termin einer Schwangeren vor Ihrer Entbindung, für die Erfassung Ihrer Behandlungsdaten eingesetzt werden.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patienten-ID: | |  | | |  | |
| Insulinbehandlung? | | Nein ❑ | | | Ja ❑ | |
| Beginn der Insulintherapie? | | *Datum (TT/MM/JJJJ)* \_\_\_. \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ | | | | |
| * Art der Insulintherapie... | Pumpe ❑ | ICT/SIT ❑ | CT ❑ | | | nur Basal ❑ |
| Metformin in der Schwangerschaft? | | Nein ❑ | | | | Ja ❑ |
| Mütterliche Komplikationen in der Schwangerschaft? | | Hypoglykämie ❑  GDM- Hypertonie ❑  Präeklampsie ❑  HELLP-Syndrom ❑  Harnwegsinfekt ❑  Ketoazidose ❑  Sonstige Komplikationen ❑ | | | | Keine ❑ |
| Welche sonstigen Komplikationen: | |  | | | | |
| Gewicht am Ende der Schwangerschaft? | | \_\_\_\_, \_\_\_\_kg | | | | |
| HbA1c am Ende der Schwangerschaft? | | \_\_\_\_, \_\_\_ % | | | | |
| Behandlung von Patientin abgebrochen | | Nein ❑ | | | | Ja ❑ |
| Geplante Entbindungsklinik? | | | | | | |
| Termin für postpartalen OGT vereinbart? | | Nein ❑ | | Ja ❑ | | |