 **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 ❑ |