**GDM Behandlungsdaten:**

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

**Patienten-ID** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Insulinbehandlung?**  Nein  Ja

Datum Beginn der Insulintherapie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art der Insulintherapie:  Pumpe ICT/SIT CT nur Basal

**Medikamente in der Schwangerschaft**

keine  ASS  Metformin

**Mütterliche Komplikationen in der Schwangerschaft?**

keine

Hypoglykämie

GDM-Hypertonie

Präeklampsie

HELLP-Syndrom

Harnwegsinfekt

Ketoazidose

Sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gewicht am Ende der Schwangerschaft?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

**HbA1c am Ende der Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

**Behandlung von der Patientin abgebrochen?**  Nein  Ja

**Abnormes Schwangerschaftsende?**

Schwangerschaftsabbruch

Abort = Fehlgeburt (<500g)

Totgeburt (≥500g)

Frühgeburt (SSW <37+0)

**Geplante Entbindungsklinik:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Termin für postpartalen OGTT vereinbart?**   Nein  Ja