**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 [x]  Ja

**Abnormes Schwangerschaftsende?**

[ ]  Schwangerschaftsabbruch

[ ]  Abort = Fehlgeburt (<500g)

[ ]  Totgeburt (≥500g)

[ ]  Frühgeburt (SSW <37+0)

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

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