**T1/T2 Behandlungsdaten:**

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

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

**Insulinbehandlung**  Ja  Nein

Datum Beginn der Insulintherapie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art der Insulintherapie  Pumpe  ICT/SIT  CT  Nur Basal  Keine Angabe

CGM/FGM in der Schwangerschaft  Ja  Nein

Automatische Basalratenabschaltung (640G, basal IQ) (Basalratenabschaltung bei Hypo)  Ja  Nein

SUP (prädiktive Basalratenabschaltung)  Ja  Nein

AID – automatische Insulindosierung (780G, diabeloop, CamAPS)  Ja  Nein

**Medikamente in der Schwangerschaft**  ASS  Metformin  Antihypertensiva

**Mütterliche Komplikation in der Schwangerschaft**

keine  Hypoglykämie

Gestations- Hypertonie  Präeklampsie

HELLP-Syndrom  Harnwegsinfekt

Ketoazidose  Nephropathie progredient

Retinopathie progredient  Anämie

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

**2. Trimenon der aktuellen Schwangerschaft**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HbA1c: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

TIR: Bevorzugt 63-140mg/dl (3,5-7,8mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_% Ersatzweise 70-180mg/dl (3,9-10mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_%

**3. Trimenon der aktuellen Schwangerschaft**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HbA1c \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

TIR: Bevorzugt 63-140mg/dl (3,5-7,8mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_% Ersatzweise 70-180mg/dl (3,9-10mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_%

**Am Ende der Schwangerschaft / vor der Geburt**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gewicht \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kgHbA1c \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

TIR: Bevorzugt 63-140mg/dl (3,5-7,8mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_% Ersatzweise 70-180mg/dl (3,9-10mmol/l) \_\_\_\_\_\_\_%

Maximaler Gesamt-Insulinbedarf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IE/24h

**Abnormes Schwangerschaftsende**

Schwangerschaftsabbruch  Abort = Fehlgeburt (<500g)

Totgeburt (≥500g)  Frühgeburt (SSW <37+0)

**Behandlung von der Patientin abgebrochen**  Ja  Nein

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