

Datum \_\_\_\_\_

**Questionario T1 e T2:**

La preghiamo di rispondere ad alcune domande mentre attende, nel modo migliore possibile

GDM-Fragebogen: Bitte beantworten Sie uns während Sie warten ein paar Fragen, so gut Sie können.

Che tipo di diabete ha?  Diabete di tipo 1  Diabete di tipo 2

Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ 1 Diabetes, Typ 2 Diabetes

Quando è prevista la nascita del Suo bambino?

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Ha ricevuto formazione o preparazione per questa gravidanza presso questo studio?  No  Sì

Hatten Sie in dieser Praxis eine Schulung oder Vorbereitung auf diese Schwangerschaft? Nein, Ja

In che anno Le è stato diagnosticato il diabete?

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

La Sua altezza?  cm

Ihre Körpergröße? \_\_\_\_\_ cm

Il Suo peso PRIMA della gravidanza?  kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ kg

Fuma?  No  Ex fumatrice dal:   Se sì, quante sigarette al giorno?

Rauchen Sie? Nein Ex-Raucherin seit: \_\_\_\_\_ Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Qual è la Sua lingua madre? Welche ist Ihre Muttersprache?

- |                                  |                                     |                                   |                                  |                                   |                                |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tedesco | <input type="checkbox"/> Albanese   | <input type="checkbox"/> Arabo    | <input type="checkbox"/> Bulgaro |                                   |                                |
| Deutsch                          | Albanisch                           | Arabisch                          | Bulgarisch                       |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> Cinese  | <input type="checkbox"/> Inglese    | <input type="checkbox"/> Francese | <input type="checkbox"/> Greco   | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Curdo |
| Chinesisch                       | Englisch                            | Französisch                       | Griechisch                       | Italienisch                       | Kurdisch                       |
| <input type="checkbox"/> Polacco | <input type="checkbox"/> Portoghese | <input type="checkbox"/> Rumeno   | <input type="checkbox"/> Russo   | <input type="checkbox"/> Spagnolo | <input type="checkbox"/> Turco |
| Polnisch                         | Portugiesisch                       | Rumänisch                         | Russisch                         | Spanisch                          | Türkisch                       |

Altro

Sonstige \_\_\_\_\_

Qual è la Sua conoscenza della lingua tedesca?  Sufficiente  Interprete necessario

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? Ausreichend, Dolmetscher erforderlich

Questa è la sua prima gravidanza?

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Quanti figli ha partorito?

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

Peso alla nascita del bambino più pesante?  g

Geburtsgewicht des schwersten Kindes? \_\_\_g

In quale settimana di gravidanza è nato il Suo bambino più pesante?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren?

Ha avuto preeclampsia in gravidanze precedenti?  No  Sì

Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein, Ja

Qualcuno dei Suoi figli ha problemi di salute?  No  Sì, quali:

Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein, Ja, welche

Datum \_\_\_\_\_

Aspetta gemelli (gemelli, trigemini, ecc.)?  No  Sì

Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)?  Nein,  Ja

Ha seguito trattamenti per la fertilità durante questa gravidanza?  No  Sì

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft?  Nein,  Ja

**Trattamenti PRIMA della gravidanza?**

Therapie VOR der Schwangerschaft?

Acido folico  Farmaci per la pressione alta  Tiroxina (farmaco per la tiroide)

Folsäure  Bluthochdruckmedikamente  Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente)

Metformina  Acarbosio  DPP4

Metformin  Acarbose  DPP4

Glinidi  SGLT2  Sulfonilurea

Glinide  SGLT2  Sulfonylharnstoff

Altri farmaci?

sonstige Medikamente?

Incretine/iniezioni per la perdita di peso (ad esempio, Ozempic, Mounjaro): quando è stata l'ultima?

(Data)

Inkretine/Abnehmspritze (z.B. Ozempic, Mounjaro): wann zuletzt? (Datum)

CGM/FGM/Monitoraggio Continuo della Glicemia con, ad esempio, Freestyle Libre, Dexcom

CGM/FGM/Dauerglukosemessung mit z.B. Freestyle Libre, Dexcom

Terapia Insulina:  Iniezioni di Insulina

Insulintherapie:  Insulininjektion

Microinfusore, quale?

Insulinpumpe, welche?

Sistema AID (Dosaggio Automatico di Insulina), quale?

AID-System (Automatische Insulin-Dosierung), welches?

Sono note, nel suo caso, complicanze legate al diabete?

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

No  Sì, quali:

Nein, Ja, welche:

Malattia Oculare Diabetica (Retinopatia)

Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)

Malattia Oculare Diabetica (Maculopatia)

Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)

Malattia Renale Diabetica (Nefropatia)

Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)

Malattia Nervosa Diabetica (Neuropatia)

Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)

Altre Complicanze Diabetiche, quali?

Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche?

Datum \_\_\_\_\_

**Le sono note comorbidità o altre malattie o problemi di salute?**

Sind bei Ihnen Begleiterkrankungen oder andere Krankheiten bzw. gesundheitliche Probleme bekannt?

No  Sì, quali:

Nein, Ja, welche:

**Pressione alta (ipertensione arteriosa)**

Bluthochdruck (art. Hypertonie)

**Malattia coronarica (CAD)**

Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

**Disturbi circolatori delle gambe (PAD)**

Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)

**Ipotiroidismo (ipotiroidismo)**

Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)

**Iperitiroidismo (ipertiroidismo)**

Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)

**Malattia autoimmune**

Autoimmunerkrankung

**Malattia mentale**

Psychische Krankheit

**Disturbo della coagulazione**

Gerinnungsstörung

**Malattia nervosa (malattia neurologica)**

Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)

**Altre malattie cardiache (malattie cardiologiche)**

Altere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)

**Altre malattie, quali?**

Sonstige Krankheit, welche?

**Ha subito un intervento chirurgico allo stomaco per dimagrire?**  No  Sì, quali:

Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen? Nein, Ja, welche:

**Bendaggio gastrico**  **Gastrectomia a manica**  **Bypass gastrico**  **Non so**  **Altro:**

Magenband, Schlauchmagen, Magenbypass, weiß nicht, andere: \_\_\_\_\_

**In quale clinica partorirà?**

In welcher Klinik werden Sie gebären?

**Chi è il Suo medico di famiglia?**

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

**Chi è il Suo ginecologo?**

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

**Con quale frequenza si allena alla settimana?**  **giorni a settimana**

Wie oft in der Woche machen Sie Sport? An \_\_\_\_\_ Tag/en in der Woche

**Ha attualmente un impiego?**  No  Sì

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein, Ja

Datum \_\_\_\_\_

A quale numero di telefono possiamo contattarla?

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

### Da misurare e compilare in pratica:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen:

Patientinnen-ID

1. Termin in dieser Praxis in dieser Schwangerschaft?

Letzter HbA1c VOR der Schwangerschaft?

%

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft?

%

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft?

kg

TIR bei Erstvorstellung in aktueller Schwangerschaft?

- Bevorzugt: 63-140mg/dl (3,5-7,8mmol/l)

%

- Ersatzweise: 70-180mg/dl (3,9-10mmol/l)

%