

Datum \_\_\_\_\_

**Ερωτηματολόγιο για τον διαβήτη κύησης (GDM):**

Ενώ περιμένετε, απαντήστε σε μερικές ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε.

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

Πότε είναι η αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού του μωρού σας; \_\_\_\_\_

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Έχετε ήδη κάνει OGTT 50g (μικρή δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) ή/και OGTT 75g (δοκιμασία ανοχής γλυκόζης ή αλλιώς καμπύλη σακχάρου);

Wurde bei Ihnen bereits ein 50g oGTT (kleiner Zuckertest) oder/und 75g oGTT (großer Zuckertest mit 3 Werten) durchgeführt?

 Όχι

Nein

 Ναι, OGTT 50g: \_\_\_\_\_

Ja, 50g oGTT

 Ναι, OGTT 75g: νηστεία \_\_\_\_\_, μετά από 60 λεπτά \_\_\_\_\_, μετά από 120 λεπτά \_\_\_\_\_

Ja, 75g oGTT: nüchtern

nach 60min

nach 120min

Πότε πραγματοποιήθηκε η OGTT 75g; \_\_\_\_\_

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Πού πραγματοποιήθηκε η OGTT 75g;

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

 Διαβητολογικό ιατρείο

Diabetologische Schwerpunktpraxis

 Γυναικολόγος

Frauenarzt

 Οικογενειακός γιατρός

Hausarzt

 Νοσοκομείο

Klinik

Το ύψος σας; \_\_\_\_\_ cm

Ihre Körpergröße? cm

Το βάρος σας ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη; \_\_\_\_\_ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Καπνίζετε;  Όχι  Πρώην καπνίστρια εδώ και \_\_\_\_\_  Ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα; \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein

Ex-Raucherin seit:

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Ποια είναι η μητρική σας γλώσσα;

Welche ist Ihre Muttersprache?

 Γερμανικά

Deutsch

 Αλβανικά

Albanisch

 Αραβικά

Arabisch

 Βουλγαρικά

Bulgarisch

 Κινέζικα

Chinesisch

 Αγγλικά

Englisch

 Γαλλικά

Französisch

 Ελληνικά

Griechisch

 Ιταλικά

Italienisch

 Κουρδικά

Kurdisch

 Πολωνικά

Polnisch

 Πορτογαλικά

Portugiesisch

 Ρουμανικά

Rumänisch

 Ρωσικά

Russisch

 Ισπανικά

Spanisch

 Τουρκικά

Türkisch

 Άλλη \_\_\_\_\_

Sonstige

Πώς είναι οι γνώσεις σας στη γερμανική γλώσσα;

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

 Επαρκείς

Ausreichend

 Απαιτείται διερμηνέας

Dolmetscher erforderlich

Έχει κάποιος από τους γονείς, τα αδέρφια ή τα παιδιά σας διαβήτη;  Όχι  Ναι

Liegt Diabetes/Zuckerkrankheit bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern vor? Nein Ja

Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος; \_\_\_\_\_

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Πόσα παιδιά έχετε γεννήσει; \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- Βάρος γέννησης του βαρύτερου παιδιού; \_\_\_\_\_ γρ.  
Geburtsgewicht des schwersten Kindes? \_\_\_g
- Έχετε ξαναδιαγνωστεί ποτέ με διαβήτη κύησης;  Όχι  Ναι  
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
- Είχατε προεκλαμψία σε προηγούμενες εγκυμοσύνες;  Όχι  Ναι  
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- Έχει κάποιο από τα παιδιά σας προβλήματα υγείας;  Όχι  Ναι, ποια:  
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche

Περιμένετε δίδυμα, τριδύμα κ.λ.π.;  Όχι  Ναι

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

Υποβληθήκατε σε θεραπεία γονιμότητας για αυτήν την εγκυμοσύνη;  Όχι  Ναι

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Παίρνατε φολικό οξύ ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη;  Όχι  Ναι

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Παίρνατε μετφορμίνη ΠΡΙΝ από την εγκυμοσύνη;  Όχι  Ναι

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Χρησιμοποιήσατε ένεση απώλειας βάρους;  Όχι  Ναι, πότε ήταν η τελευταία φορά; \_\_\_\_\_ (Ημερομηνία)

Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet? Nein, Ja, wann zuletzt? (Datum)

Είχατε αρτηριακή υπέρταση (ψηλή πίεση) πριν από την εγκυμοσύνη;  Όχι  Ναι

Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ ένεση απώλειας βάρους;  Όχι  Ναι, ποιο:

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

Γαστρικός δακτύλιος  Γαστρικό μανίκι  Γαστρικό bypass  Δεν γνωρίζω  Άλλο  
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere

Παίρνετε φάρμακα ή/και βιταμίνες;  Όχι  Ναι, Ποια:

Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein? Nein, Ja, welche

Έχετε άλλες γνωστές ασθένειες ή προβλήματα υγείας;  Όχι  Ναι, ποιο:

Sind bei Ihnen andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme bekannt? Nein Ja, welche

Σε ποιο νοσοκομείο θα γεννήσετε; \_\_\_\_\_

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Ποιος/Ποια είναι ο/η οικογενειακός σας γιατρός; \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Ποια/Ποιος είναι η/ο γυναικολόγος σας; \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Πόσο συχνά γυμνάζεστε την εβδομάδα; \_\_\_\_\_ φορές την εβδομάδα

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

Είστε εργαζόμενη αυτή τη περίοδο;  Όχι  Ναι

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Ποιος είναι ο αριθμός επικοινωνίας σας; \_\_\_\_\_

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Προς μέτρηση και συμπλήρωση στην πράξη - Ερωτηματολόγιο GDM:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

Patienten ID: \_\_\_\_\_

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ kg