

Datum _____

Questionario GDM:

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.

Quando è prevista la nascita del Suo bambino? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Le è già stato effettuato un Test da carico orale di glucosio = OGTT da 50 g (Test per 1 ora) e/o da 75 g (Test per 2 ore con tre valori)?

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

No

Nein

Sì, OGTT da 50 g: _____

Ja, 50g oGTT

Sì, OGTT da 75 g: a digiuno _____, dopo 60 minuti _____, dopo 120 minuti _____

Ja, 75g oGTT: nüchtern nach 60min nach 120min

Quando è stato eseguito l'OGTT da 75 g? _____

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Dove è stato eseguito l'OGTT da 75 g?

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Studio di diabetologia

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Ginecologo

Frauenarzt

Medico di famiglia

Hausarzt

Clinica

Klinik

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?

Tedesco

Deutsch

Albanese

Albanisch

Arabo

Arabisch

Bulgaro

Bulgarisch

Cinese

Chinesisch

Inglese

Englisch

Francese

Französisch

Greco

Griechisch

Italiano

Italienisch

Curdo

Kurdisch

Polacco

Polnisch

Portoghese

Portugiesisch

Rumeno

Rumänisch

Russo

Russisch

Spagnolo

Spanisch

Turco

Türkisch

Altro _____

Sonstige

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

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? Ausreichend, Dolmetscher erforderlich

I suoi genitori, fratelli o figli soffrono di diabete? No Sì

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

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
- **Ha mai avuto diabete gestazionale?** No Sì
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
- **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

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

Ha assunto acido folico PRIMA della gravidanza? No Sì

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Ha assunto metformina PRIMA della gravidanza? No Sì

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Ha usato iniezioni per dimagrire? No Sì, quando è stata l'ultima volta? _____ (Data)

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

Ha avuto la pressione alta PRIMA della gravidanza? No Sì

Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

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

Assume farmaci e/o vitamine? No Sì, quali:

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

Ha altre malattie o problemi di salute? No Sì, quali:

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

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

A quale numero di telefono possiamo contattarla? _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Da misurare e compilare in pratica - GDM:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM:

Patienten ID: _____

HbA1c 1. Termin in attuale gravidanza? _____ %

Gewicht 1. Termin in attuale gravidanza? _____ kg