

Datum _____

Questionário GDM:

Enquanto espera, responda a algumas questões da melhor forma possível.

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

Qual é a data prevista para o parto do seu bebé? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Já realizou um TOTG de 50g (teste de glicemia pequeno) e/ou um TOTG de 75g (teste de glicemia grande com três valores)?

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

Não

Nein

Sim, TOTG de 50g: _____

Ja, 50g oGTT

Sim, TOTG de 75g: em jejum _____, após 60 minutos _____, após 120 minutos _____

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

Quando foi realizado o TOTG de 75g? _____

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Onde foi realizado o TOTG de 75g?

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Consultório especializado em diabetes

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Ginecologista

Frauenarzt

Médico de família

Hausarzt

Hospital

Klinik

A sua altura? _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

O seu peso ANTES da gravidez? _____ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Você fuma? Não Ex-fumador desde: _____

Rauchen Sie?

Nein

Ex-Raucherin seit:

Sim, quantos cigarros por dia? _____

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Qual é a sua língua materna?

Welche ist Ihre Muttersprache?

Alemão

Deutsch

Albanês

Albanisch

Árabe

Arabisch

Chinês

Chinesisch

Búlgaro

Bulgarisch

Inglês

Englisch

Francês

Französisch

Grego

Griechisch

Italiano

Italienisch

Curdo

Kurdisch

Polaco

Polnisch

Português

Portugiesisch

Romeno

Rumänisch

Russo

Russisch

Espanhol

Spanisch

Turco

Türkisch

Outras _____

Sonstige

Qual é o seu nível de alemão?

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Suficiente

Ausreichend

Intérprete necessário

Dolmetscher erforderlich

Algum dos seus pais, irmãos ou filhos tem diabetes?

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

Não

Nein

Sim

Ja

Inclusiva esta, quantas gravidezes teve? _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Quantos filhos teve? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

• Peso ao nascimento do filho mais pesado? _____ g

Geburtsgewicht des schwersten Kindes? g

• Alguma vez teve diabetes gestacional? Não Sim

Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja

• Já teve pré-eclâmpsia em gravidezes anteriores? Não Sim

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

• Algum dos seus filhos tem algum problema de saúde? Não Sim, quais: _____

Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche

Está à espera de múltiplos (gêmeos, trigêmeos, etc.)? Não Sim

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

Fez tratamento de fertilidade nesta gravidez? Não Sim

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Tomou ácido fólico ANTES da gravidez? Não Sim

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Tomou metformina ANTES da gravidez? Não Sim

Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Utilizou alguma injeção para emagrecer? Não Sim, quando foi a última vez? _____ (Data)

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

Tinha a tensão arterial alta ANTES da gravidez? Não Sim

Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

Fez cirurgia de estômago por causa de obesidade? Não Sim, qual:

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

Banda gástrica Gastrectomia vertical Bypass gástrico Não sei Outra _____

Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere

Está a tomar algum medicamento e/ou vitaminas? Não Sim, qual:

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

Tem alguma outra doença ou problema de saúde conhecida? Não Sim, qual:

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

Em que hospital dará à luz? _____

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Quem é o seu médico de família? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Quem é o seu ginecologista? _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Com que frequência se exercita por semana? _____ dias por semana

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

Encontra-se atualmente empregada? Não Sim

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein Ja

Qual é o seu número de telefone? _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

Questionário para ser medido e preenchido na prática - Questionário de DMG (Diabetes Mellitus Gestacional):

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

Patienten ID: _____

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ kg