

Datum _____

Упитник о гестацијском дијабетесу (GDM):

Молимо вас да одговорите на неколико питања најбоље што можете док чекате.

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

Који је ваш процењени датум порођаја? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Да ли сте већ урадили 50г ОГТТ (мали тест толеранције на глукозу) и/или 75г ОГТТ (велики тест толеранције на глукозу са 3 вредности)?

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

 Не

Nein

 Да, 50г ОГТТ: _____

Ja, 50g oGTT

 Да, 75г ОГТТ: на гладно _____, после 60 мин _____, после 120 мин _____

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

Када је урађен 75г ОГТТ? _____

Wann wurde der 75g oGTT durchgeführt?

Где је урађен 75г ОГТТ?

Wo wurde der 75g oGTT durchgeführt?

 Специјалистичка ординација за дијабетес Гинеколог Лекар опште праксе Болница

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Frauenarzt

Hausarzt

Klinik

Ваша висина? _____ цм

Ihre Körpergröße? cm

Ваша тежина пре трудноће? _____ кг

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Да ли пушите? Не Бивши пушач од: _____ Да, колико цигарета дневно? _____

Rauchen Sie?

Nein

Ex-Raucherin seit:

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Који је ваш матерњи језик? Немачки Албански Арапски Кинески

Welche ist Ihre Muttersprache?

Deutsch

Albanisch

Arabisch

Chinesisch

 Бугарски Енглески Француски Грчки Италијански Курдски

Bulgarisch

Englisch

Französisch

Griechisch

Italienisch

Kurdisch

 Пољски Португалски Румунски Руски Шпански Турски

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Spanisch

Türkisch

 Друго _____

Sonstige

Који је ваш ниво немачког? Довољан Потребан преводилац

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Ausreichend

Dolmetscher erforderlich

Да ли неко од ваших родитеља, браће и сестара или деце има дијабетес? Не Да

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

Nein

Ja

Која је ово трудноћа? _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Колико деце сте родили? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- Порођајна тежина најтежег детета? _____ g
Geburtsgewicht des schwersten Kindes? g

- Да ли сте икада имали гестациски дијабетес? Не Да
Hatten Sie schon einmal Schwangerschaftsdiabetes? Nein Ja
- Да ли сте имали прееклампсију у претходним трудноћама? Не Да
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- Да ли неко од ваше деце има здравствених проблема? Не Да, којих:
Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein Ja, welche

Да ли очекујете вишеструке бебе (близанце, тројке, итд.)? Не Да
Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)? Nein Ja

Да ли сте имали терапију за неплодност током ове трудноће? Не Да
Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein Ja

Да ли сте узимали фолну киселину пре трудноће? Не Да
Haben Sie VOR der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Да ли сте узимали метформин пре трудноће? Не Да
Haben Sie VOR der Schwangerschaft Metformin eingenommen? Nein Ja

Да ли сте користили ињекцију за мршављење? Не Да, када је било последњи пут? _____ (датум)
Haben Sie eine Abnehmspritze angewendet? Nein Ja, wann zuletzt? (Datum)

Да ли сте имали висок крвни притисак пре трудноће? Не Да
Hatten Sie VOR der Schwangerschaft einen hohen Blutdruck? Nein Ja

Да ли сте имали баријатријску операцију? Не Да, коју:
Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen? Nein Ja, welche:

Гастрична бандажа Рукавна гастректомија Гастрични бајпас Не знам Друго
Magenband Schlauchmagen Magenbypass weiß nicht andere

Да ли узимате неке лекове и/или витамине? Не Да, које:
Nehmen Sie Medikamente und/oder Vitamine ein? Nein Ja, welche

Да ли имате неке друге познате болести или здравствене проблеме? Не Да, које:
Sind bei Ihnen andere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme bekannt? Nein Ja, welche

У којој болници ћете се породити? _____

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Ко је ваш лекар опште праксе? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Ко је ваш гинеколог? _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

Колико често вежбате недељно? _____ дана у недељи

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

Да ли сте тренутно запослени? Не Да

Sind Sie zurzeit berufstätig?

Nein Ja

Који је ваш број телефона? _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

За мерење и попуњавање у ординацији:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen

Patienten ID: _____

HbA1c 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ %

Gewicht 1. Termin in aktueller Schwangerschaft? _____ kg