

Datum _____

Questionnaire T1 et T2:

En attendant, veuillez répondre à quelques questions du mieux que vous pouvez.

T1 & T2 Fragebogen: Bitte beantworten Sie uns während Sie warten ein paar Fragen, so gut Sie können.

De quel type de diabète souffrez-vous? Diabète de type 1 Diabète de type 2

Welchen Typ Diabetes haben Sie?

Typ 1 Diabetes

Typ 2 Diabetes

Quelle est la date prévue de l'accouchement? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Avez-vous bénéficié d'une formation ou d'une préparation à cette grossesse dans ce cabinet?

 Non Oui

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

En quelle année votre diabète a-t-il été diagnostiqué? _____

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

Votre taille? _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

Votre poids AVANT la grossesse? _____ kg

Ihr Gewicht VOR der Schwangerschaft? kg

Fumez-vous ? Non Ex-fumeur depuis le: _____ Oui, combien de cigarettes par jour? _____

Rauchen Sie? Nein

Ex-Raucherin seit:

Ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Quelle est votre langue maternelle? Allemand Albanais Arabe Bulgare

Welche ist Ihre Muttersprache?

Deutsch

Albanisch

Arabisch

Bulgarisch

 Chinois Anglais Français Grec Italien Kurde

Chinesisch

Englisch

Französisch

Griechisch

Italienisch

Kurdisch

 Polonais Portugais Roumain Russe Espagnol Turc

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Spanisch

Türkisch

 Autre _____

Sonstige

Quels sont vos compétences en allemand? Suffisantes Interprète requis

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

Ausreichend

Dolmetscher erforderlich

Quelle est votre 2e grossesse? _____

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Combien d'enfants avez-vous donné naissance? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

- Poids de naissance de l'enfant le plus lourd? _____ g
Geburtsgewicht des schwersten Kindes? g
- À quelle semaine de grossesse votre enfant le plus lourd est-il né? _____
In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren?
- Avez-vous déjà souffert de prééclampsie lors de grossesses précédentes? Non Oui
Hatten Sie in früheren Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie)? Nein Ja
- L'un de vos enfants a-t-il des problèmes de santé? Non Oui, lesquels:

Hat eins Ihrer Kinder gesundheitliche Probleme? Nein, Ja, welcheAttendez-vous des jumeaux, des triplés, etc.? Non Oui

Erwarten Sie Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge etc.)?

Nein,

Ja

Avez-vous suivi un traitement de fertilité pour cette grossesse? Non Oui

Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung für diese Schwangerschaft? Nein, Ja

Traitement AVANT la grossesse?

Therapie VOR der Schwangerschaft?

Acide folique Médicaments contre l'hypertension artérielle Thyroxine (médicament pour la thyroïde)

Folsäure

Bluthochdruckmedikamente

Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente)

Metformine Acarbose DPP4

Metformin

Acarbose

DPP4

Glinides SGLT2 Sulfonylurée

Glinide

SGLT2

Sulfonylharnstoff

Autres médicaments? _____

sonstige Medikamente?

Incrétines/injections pour la perte de poids (p. ex., Ozempic, Mounjaro): à quand remonte la dernière?

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

_____._____._____(Date)

SGC/MGF/surveillance continue du glucose avec, par exemple, Freestyle Libre, Dexcom

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

Insulinothérapie: Injection d'insuline

Insulintherapie:

Insulininjektion

Pompe à insuline, laquelle? _____

Insulinpumpe, welche?

Système de dosage automatique d'insuline (DAI), lequel ? _____

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

Connaissez-vous des complications liées au diabète ?

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

Non Oui, lesquelles :

Nein, Ja, welche:

Maladie oculaire diabétique (rétinopathie)

Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)

Maladie oculaire diabétique (maculopathie)

Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)

Maladie rénale diabétique (néphropathie)

Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)

Maladie nerveuse diabétique (neuropathie)

Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)

Autres complications liées au diabète, lesquelles ? _____

Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche?

Connaissez-vous des comorbidités ou d'autres maladies ou problèmes de santé? Non Oui, laquelle:

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

Hypertension artérielle

Bluthochdruck (art. Hypertonie)

Maladie coronarienne (MC)

Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

Troubles circulatoires des jambes (AOMI)

Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)

Hypothyroïdie

Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)

Hyperthyroïdie

Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)

Maladie auto-immune

Autoimmunerkrankung

Maladie mentale

Psychische Krankheit

Trouble de la coagulation

Gerinnungsstörung

Maladie nerveuse (maladie neurologique)

Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)

Autre maladie cardiaque (maladie cardiologique)

Andere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)

Autre maladie, laquelle ? _____

Sonstige Krankheit, welche?

Avez-vous subi une chirurgie de l'estomac pour cause d'obésité? Non Oui, lesquels :

Hatten Sie eine Operation wegen Übergewicht am Magen?

Nein

Ja, welche:

Anneau gastrique **Gastrectomie longitudinale** **Pontage gastrique** **Ne sait pas** **Autre**

Magenband

Schlauchmagen

Magenbypass

weiß nicht

andere

Dans quel hôpital accoucherez-vous? _____

In welcher Klinik werden Sie gebären?

Qui est votre médecin de famille? _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin?

Qui est votre gynécologue? _____

Wer ist Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin?

À quelle fréquence faites-vous de l'exercice par semaine? _____ jours par semaine

Wie oft in der Woche machen Sie Sport?

An _____ Tag/en in der Woche

Êtes-vous actuellement employé? Non Oui

Sind Sie zurzeit berufstätig? Nein, Ja

Quel est votre numéro de téléphone? _____

Unter welcher Telefon-Nummer können wir Sie erreichen?

À mesurer et à remplir en pratique - Questionnaire T1 et T2

Von der Praxis zu messen und auszufüllen - GDM Fragebogen:

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) _____ %