

Datum _____

Questionario T1 e T2:

La preghiamo di rispondere ad alcune domande mentre attende, nel modo migliore possibile

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

Che tipo di diabete ha? Diabete di tipo 1 Diabete di tipo 2

Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes

Quando è prevista la nascita del Suo bambino? _____

Wann ist der errechnete Geburtstermin Ihres Kindes?

Ha ricevuto formazione o preparazione per questa gravidanza presso questo studio? No Sì

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

In che anno Le è stato diagnosticato il diabete? _____

In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes diagnostiziert?

La Sua altezza? _____ cm

Ihre Körpergröße? cm

Il Suo peso PRIMA 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? Tedesco Albanese Arabo Bulgaro

Welche ist Ihre Muttersprache? Deutsch Albanisch Arabisch Bulgarisch

Cinese Inglese Francese Greco Italiano Curdo

Chinesisch Englisch Französisch Griechisch Italienisch Kurdisch

Polacco Portoghese Rumeno Russo Spagnolo Turco

Polnisch Portugiesisch Rumänisch Russisch Spanisch Türkisch

Altro _____

Sonstige

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

Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch? Ausreichend, Dolmetscher erforderlich

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

- In quale settimana di gravidanza è nato il Suo bambino più pesante? _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr schwerstes Kind geboren?

- 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

Trattamenti PRIMA della gravidanza?

Therapie VOR der Schwangerschaft?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acido folico Folsäure | <input type="checkbox"/> Farmaci per la pressione alta Bluthochdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Tiroxina (farmaco per la tiroide) Thyroxin (Schilddrüsenmedikamente) |
| <input type="checkbox"/> Metformina Metformin | <input type="checkbox"/> Acarbosio Acarbose | <input type="checkbox"/> DPP4 DPP4 |
| <input type="checkbox"/> Glinidi Glinide | <input type="checkbox"/> SGLT2 SGLT2 | <input type="checkbox"/> Sulfonilurea Sulfonylharnstoff |

Altri farmaci? _____
sonstige Medikamente?

Incretine/iniezioni per la perdita di peso (ad esempio, Ozempic, Mounjaro): quando è stata l'ultima?
____.____._____(Data)

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

CGM/FGM/Monitoraggio Continuo della Glicemia con, ad esempio, Freestyle Libre, Dexcom
CGM/FGM/Dauerglukosemessung mit z.B. Freestyle Libre, Dexcom

- Terapia Insulina: Iniezioni di Insulina
Insulintherapie: Insulininjektion
- Microinfusore, quale? _____
Insulinpumpe, welche?
- Sistema AID (Dosaggio Automatico di Insulina), quale? _____
AID-System (Automatische Insulin-Dosierung), welches?

Sono note, nel suo caso, complicanze legate al diabete?

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen auf Grund des Diabetes bekannt?

No Sì, quali:

Nein Ja, welche:

Malattia Oculare Diabetica (Retinopatia)

Diabetische Augenerkrankung (Retinopathie)

Malattia Oculare Diabetica (Maculopatia)

Diabetische Augenerkrankung (Makulopathie)

Malattia Renale Diabetica (Nefropatia)

Diabetische Nierenerkrankung (Nephropathie)

Malattia Nervosa Diabetica (Neuropatia)

Diabetische Nervenerkrankung (Neuropathie)

Altre Complicanze Diabetiche, quali? _____

Sonstige Diabetische Folgeerkrankungen, welche?

Le sono note comorbilità o altre malattie o problemi di salute?

Sind bei Ihnen Begleiterkrankungen oder andere Krankheiten bzw. gesundheitliche Probleme bekannt?

No Sì, quali:

Nein Ja, welche:

Pressione alta (ipertensione arteriosa)

Bluthochdruck (art. Hypertonie)

Malattia coronarica (CAD)

Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

Disturbi circolatori delle gambe (PAD)

Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)

Ipotiroidismo (ipotiroidismo)

Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)

Ipertiroidismo (ipertiroidismo)

Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)

Malattia autoimmune

Autoimmunerkrankung

Malattia mentale

Psychische Krankheit

Disturbo della coagulazione

Gerinnungsstörung

Malattia nervosa (malattia neurologica)

Nervenerkrankung (neurologische Krankheit)

Altre malattie cardiache (malattie cardiologiche)

Andere Herzerkrankung (kardiologische Krankheit)

Altre malattie, quali? _____

Sonstige Krankheit, welche?

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

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:

Von der Praxis zu messen und auszufüllen:

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) _____ %