

Karta konsultacyjna diabetologiczna do uprawiania sportu przez osoby chore na cukrzycę typu 1*

Imię i nazwisko badanego

Dyscyplina sportu

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania: miejscowość: kod pocztowy

		-			
--	--	---	--	--	--

ulica: numer domu / mieszkania:

Kwalifikacja wstępna Badanie okresowe Rok rozpoznania cukrzycy

Umiejętność stosowania intensywnej czynnościowej insulinoterapii:

wysoka dostateczna wymagająca edukacji

Umiejętność kontrolowania glikemii: dobra akceptowalna niska

Hipoglikemie: umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania: dobra nieakceptowalna

Występowanie prodromalnych objawów hipoglikemii: TAK przy wartościach:

--

 NIE

Ryzyko hipoglikemii: niskie akceptowalne nieakceptowalne

Wartości HbA_{1c} z ostatnich 12 mies.:

Ciężkie hipoglikemie w ostatnich 12 mies.: Brak 1 ≥ 2

Kwasice ketonowe w ostatnich 12 mies.: Brak 1 ≥ 2

Przewlekłe powikłania cukrzycy: Brak Obecne

Retinopatia proliferacyjna Neuropatia autonomiczna jawna klinicznie

Zespół stopy cukrzycowej Nefropatia Powikłania sercowo-naczyniowe

Uwagi

Czy przewlekłe powikłania są przeciwwskazaniem do kwalifikacji?

TAK NIE Dalsze zalecenia co do leczenia i kontroli przewlekłych powikłań:

Uwagi dotyczące kwalifikacji:

Uwagi dotyczące dyscypliny sportowej (samokontroli glikemii, odłączenia pompy insulinowej, redukcji dawki insuliny itd.):

Wyrażam zgodę na kwalifikację: TAK NIE

Pozycje stanowiące czasowe przeciwwskazanie
do kwalifikacji

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Data, pieczętka diabetologa prowadzącego

*Konsultacja diabetologiczna ważna przez 12 miesięcy

*Oświadczam, że będę przestrzegał zasad bezpieczeństwa dla chorych na cukrzycę typu I podczas uprawiania sportu. Jestem wyedukowany w zakresie leczenia metodą intensywnej czynnościowej insulinoterapii i zmiennego dawkowania insuliny podczas uprawiania sportu.

Data, podpis pacjenta* dotyczy zawodników > 16. roku życia

**Posiadam umiejętność prowadzenia insulinoterapii oraz kontrolowania glikemii u mojego dziecka podczas uprawiania sportu. Zobowiązuję się do systematycznej edukacji dziecka w zakresie terapii cukrzycy i reagowania na hipo- i hiperglikemie występujące w związku z uprawianiem sportu. Zobowiązuję się podstawowe informacje dotyczące choroby mojego dziecka przekazać trenerowi.

Data, podpisy rodziców** dotyczy zawodników < 18. roku życia

Zostałem poinformowany, że ww. zawodnik choruje na cukrzycę typu I. Mam świadomość ryzyka związanego z występowaniem hipo- i hiperglikemii. Posiadam podstawowe informacje dot. rozpoznawania objawów hipo- i hiperglikemii. Jestem świadom konieczności reagowania podczas ich występowania.

Data, podpis trenera

KWALIFIKACJA PRZEZ SPECJALISTĘ MEDYCYNY SPORTOWEJ:

Zdolny/Niezdolny do uprawiania sportu.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Data, pieczętka specjalisty medycyny sportowej