

Świadczeniodawca



POMIARY GLIKEMII

OPIEKA
FARMACEUTYCZNA

Pomiar stężenia glukozy z krwi włosniczkowej
Informacja dla pacjenta / lekarza prowadzącego / kopia dla farmaceuty*

Dnia zostało przeprowadzone badanie pomiaru stężenia glukozy we krwi
włosniczkowej u Pana/Pani*

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

przy użyciu glukometru / analizatora firmy

Wynik pomiaru stężenia glukozy we krwi włosniczkowej: mg/dl (..... mmol/l)

Pacjent nie znajduje się / znajduje się* w grupie ryzyka** ze względu na występowanie następujących czynników:

☐ wiek powyżej 45 lat ☐ nadwaga lub otyłość ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ i/lub obwód w talii $\geq 80 \text{ cm}$ u kobiet albo $\geq 94 \text{ cm}$ u mężczyzn) ☐ cukrzyca występująca w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo) ☐ mała aktywność fizyczna ☐ przynależność do grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę	☐ stan przedcukrzycowy stwierdzony w poprzednim badaniu ☐ przebyta cukrzyca ciążowa ☐ urodzenie dziecka o masie ciała $> 4000 \text{ g}$ ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ dyslipidemia ☐ zespół policystycznych jajników ☐ choroba układu sercowo-naczyniowego ☐ inne:
Dodatkowe informacje:	

☐ Uprzejmie proszę o rozpoczęcie procesu diagnostycznego w zakresie potencjalnych zaburzeń gospodarki węglowodanowej. W przypadku postawienia takiego rozpoznania, rekomendowana jest ponowna wizyta w aptece (do dwóch miesięcy od poprzedniej wizyty u farmaceuty) w celu uzyskania edukacji w zakresie nowo przepisanych leków oraz zasad przeprowadzania samokontroli.

.....
(pieczęć i podpis farmaceuty)

* niepotrzebne skreślić

** Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2024, Stanowisko PTD