**Форма учета выполнения медицинской услуги B04.012.001 –   
«Школа для пациентов с сахарным диабетом»   
для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: код по МКБ 10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Длительность СД:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название структурированной программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название занятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Время проведения и длительность занятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие регулярного самоконтроля гликемии: да / нет

Анализ индивидуальных показателей гликемии: да / нет

Соответствие показателей гликемии индивидуальным целям лечения: да / нет

Сахароснижающее лечение в настоящее время: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Необходимость коррекции сахароснижающего лечения: да / нет

Изменения в сахароснижающем лечении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Данные осмотра**:

Рост\* (м) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Масса тела\* (кг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИМТ\*(кг/м2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\**-однократно*

Показатель гликемии при осмотре: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ммоль/л

**Дальнейшие рекомендации** *(нужное подчеркнуть)***:**

Продолжить обучение в рамках данной программы.   
Следующее занятие (дата)………………

Пациент закончил обучение по данной программе. Рекомендовано повторное терапевтическое обучение не позднее, чем через 3 года…………………….

|  |  |
| --- | --- |
| С рекомендациями согласен/согласна ФИО пациента(-ки):…………………  Подпись:………………….  Дата………………………. | ФИО и должность специалиста, проводившего занятие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:…………………………..  Дата |