

Allegato A

**SCHEDA**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Epoca di insorgenza del Diabete:

Terapia in corso (diabetologica e non):

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

		Scheda annuale di follow-up*(Minimo indispensabile)				
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:	
<b>Ogni 3-4 mesi</b>	Glicemia					
	HbA1c					
	Esame urine					
	Pressione Arteriosa					
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)					
	Rinforzo educativo (specificare argomento)					
	BMI / Circonferenza vita	/	/	/	/	
<b>Ogni 6 mesi</b>	Ispezione del piede					
	EO Cardiovascolare					
	EO Neurologico					
<b>A 1 anno</b>	Microalbuminuria					
	Creatininemia					
	Uricemia					
	Colesterolo tot.					
	Colesterolo HDL					
	Trigliceridi					
	AST / ALT/ GGT				/	/
	Emocromo+F					
	Calcolo del rischio CV					
	EKG					

Altri esami rilevanti eseguiti:

.....  
 .....

Problemi aperti:

.....

TIMBRO e Firma del Medico

- Indirizzo, numero di telefono ed orario di reperibilità del medico
- Indirizzo E-mail del medico

## CONSENSO INFORMATO

*Il sottoscritto \_\_\_\_\_, assistito dal Dott. \_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge*

*n. 675/96 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei*

*dati personali" AUTORIZZA il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i*

*medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utiliz*

*zare i dati personali ai fini di diagnosi e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti*

*a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.*

*Data.....Firma.....*