

RemissNr: _____

Personnummer

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

Namn

Diagnosdatum _____

Man

Kvinna

Diabetesbehandling (**nuvarande**) datum: _____

Kost Insulin Sulfonylurea Metformin Annan _____

Diabetesbehandling (**initial**) datum: _____

Kost Insulin Sulfonylurea Metformin Annan _____

Förekomst av tidigare graviditetsdiabetes: Ja Nej Vet ej Graviditetsdiabetes år: _____

Längd _____ cm.

Vikt _____ kg.

Förekomst av diabetesketoacidosis/ ketoner i urinen vid debuten: Ja Nej Vet ej

Blodsocker (vid debuten) _____ mmol/L Blodsocker (**vid provtagning**) _____ mmol/L

OGTT Ja Nej Vet ej Om ja: 2 tim. värde: _____ mmol/L Fastevärde: _____ mmol/L

HBA1c (vid debuten) _____ % , _____ mmol/mol Pankreatit: Ja Nej Vet ej

Födelseland

Patientens _____ Biologisk Far _____ Biologisk Mor _____

Diabetes i den biologiska familjen: Ja Nej Vet ej Om "Ja", kryssa i tabellen

	Diabetes			Diagnosålder (år)			Insulinbehandling	
	Ja	Nej	Vet ej	<40	40-60	>60	Ja	Nej
Far								
Mor								

Totalt antal **syskon** _____ (Du behöver bara definiera syskon med diabetes här under)

	Diabetes			Diagnosålder (år)			Insulinbehandling	
	Ja	Nej	Vet ej	<40	40-60	>60	Ja	Nej
Syskon 1								
Syskon 2								
Syskon 3								

Totalt antal **barn** _____ (Du behöver bara definiera barn med diabetes här under)

	Diabetes			Diagnosålder (år)			Insulinbehandling	
	Ja	Nej	Vet ej	<40	40-60	>60	Ja	Nej
Barn 1								
Barn 2								
Barn 3								

Övriga familjemedlemmar som har diabetes (t ex syskon 4, barn 4, farfar, mormor, kusin osv.)

Patienten har gett medgivande till ANDIS NDR Utökade studier Blod uteblir

Rem läkare/diabetessköterska _____ Provtagningsdatum _____

Namn, adress och telefon (om möjligt)

Övriga Kommentarer/Meddelanden