

**Форма учета выполнения медицинской услуги В04.012.001 –
«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
---	--