

AD SOYAD:

TARİH:

Şimdiki Kilo: _____ kg lbs

Ölçüm Tarihi: _____ Mevcut Değil

Boy _____ ayak/inç cm

* Beden Kitle İndeksi (BKİ): _____ * Klinisyen tarafından hesaplanmalı

Kan Basıncı: _____/_____ mmHg

Ölçüm Tarihi: _____ Mevcut Değil

Açlık Kan Şekeri: _____ mmol/L mg/dl

Ölçüm Tarihi: _____ Mevcut Değil

HbA1c: _____ %

Ölçüm Tarihi: _____ Mevcut Değil

Sağlığınız hakkında sizin kendi düşüncelerinizle ilgileniyoruz. Başkalarının neye inandığı ya da sizin neye inanmanızı istedikleri ile İLGİLENMİYORUZ.

Aşağıdaki sorularda belirtilen sağlık sorunlarından herhangi birini hiç yaşadınız mı? Evet ya da Hayır seçeneğini işaretleyerek belirtiniz.

	Evete	Hayır
A) Düzenli olarak susar mısınız? Aşırı miktarda su içer misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Çok sık idrara çıkar mısınız? Veya idrarınız aşırı miktarda mıdır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Düzenli olarak gece boyunca idrara çıkmak için uyanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Görmeniz bulanık mıdır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Fazla miktarda kilo kaybınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Düzenli olarak kendinizi bitkin hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Ayaklarınızda veya ellerinizde uyuşma, sızlama, yanma veya his kaybı var mıdır?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Diğer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yukarıdaki soruların HEPSİNE yanıtınız “HAYIR” ise, lütfen sonraki sayfaya geçiniz.

Eğer yukarıdaki sorulardan herhangi birine “EVET” yanıtını verdiyseniz, sağlık ile ilgili deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, şu anki zamanda konuya hangi düzeyde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtmek için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.

1) Sağlıkla ilgili deneyimlerim, diyabetim olmasından kaynaklanmaktadır.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle
katılmıyorum

Orta derecede
katılmıyorum

Az derecede
katılmıyorum

Emin değilim

Az derecede
katılıyorum

Orta derecede
katılıyorum

Kesinlikle
katılıyorum

Su anki zamanda aşağıdaki her bir ifadeye hangi düzeyde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtmek için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.

2) Diyabetim vardır.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

3) Beslenmemi daha iyi hale getirmek ve egzersiz miktarını artırmak için sağlıklı yaşam tarzını sürdürmeye ya da değişiklikler yapmaya İHTİYACIM var.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

4) Normal kan şekeri / glukoz seviyesine sahibim.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

5) Mevcut yaşam tarzımı güvenli bir şekilde srdrebilirim (rneđin; řu anda olduğu gibi yemek/içmek ve egzersiz yapmak).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

6) Diyabetim olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır ya da olabilir (rneđin; kalp hastalđđı, kalp krizi, inme, inme benzeri, böbrek hastalđđı, görme kaybı, ellerde ve ayaklarda uyuşma/sızlama/his kaybı vb.).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

7) Kan şekerim/glukoz düzeyim düzenli olarak diyabet sınırları içindedir. (rn; açlık plazma glukozu ≥ 126 mg/dl veya ≥ 7.0 mmol/L veya HbA1c $\geq 6.5\%$).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

8) Kan şekeri/ glukoz düřürücü tedaviye ihtiyacım var (rneđin; insülin ya da ilaç tedavisi).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Kesinlikle katılmıyorum Orta derecede katılmıyorum Az derecede katılmıyorum Emin değilim Az derecede katılıyorum Orta derecede katılıyorum Kesinlikle katılıyorum

BİTTİ