

Karta konsultacyjna diabetologiczna do uprawiania sportu przez osoby chore na cukrzycę typu 1.*

Imię i nazwisko badanego

Pesel

Dyscyplina sportu

Adres zamieszkania: Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/mieszkania

Kwalifikacja wstępna

Badanie okresowe

Rok rozpoznania cukrzycy

Umiejętność stosowania intensywnej czynnościowej insulinoterapii:

wysoka

dostateczna

wymagająca edukacji

Umiejętność kontrolowania glikemii:

dobra

akceptowalna

niewłaściwa

Hipoglikemie: umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania:

dobra

nieakceptowalna

Występowanie prodromalnych objawów hipoglikemii: TAK

przy wartościach:

NIE

Ryzyko hipoglikemii: niskie

akceptowalne

nieakceptowalne

Wartości HbA1c z ostatnich 12 ms.:

HbA1c będąca przeciwwskazaniem do kwalifikacji

Ciężkie hipoglikemie w ostatnich 12 ms.:

Brak

1

≥ 2

Kwasice ketonowe w ostatnich 12 ms.:

Brak

1

≥ 2

Przewlekłe powikłania cukrzycy:

Brak

Obecne

Retinopatia proliferacyjna

Neuropatia autonomiczna jawna klinicznie

Zespół stopy cukrzycowej

Nefropatia

Powikłania sercowo - naczyniowe

Uwagi

Czy przewlekłe powikłania są przeciwwskazaniem do kwalifikacji?

TAK

NIE

Dalsze zalecenia co do leczenia i kontroli przewlekłych powikłań:

Uwagi dotyczące kwalifikacji:

Uwagi dotyczące dyscypliny sportowej (samokontroli glikemii, odłączenia pompy insulinowej, redukcji dawki insuliny itd.):

Wyrażam zgodę na kwalifikację:

TAK

NIE

Pozycje stanowiące czasowe przeciwwskazanie do kwalifikacji

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Data, pieczętka diabetologa prowadzącego

*Oświadczam, że będę przestrzegał zasad bezpieczeństwa dla chorych na cukrzycę typu 1 podczas uprawiania sportu. Jestem wyedukowany w zakresie leczenia metodą intensywnej czynnościowej insulinoterapii i zmiennego dawkowania insuliny podczas uprawiania sportu.

Data, podpis pacjenta * dotyczy zawodników > 16 r.ż.

**Posiadam umiejętność prowadzenia insulinoterapii oraz kontrolowania glikemii mojego dziecka podczas uprawiania sportu. Zobowiązuję się do systematycznej edukacji dziecka w zakresie terapii cukrzycy i reagowania na hipo- i hiperglikemie występująca w związku z uprawianiem sportu. Zobowiązuję się podstawowe informacje dotyczące choroby mojego dziecka przekazać trenerowi.

Data, podpisy rodziców ** dotyczy zawodników < 18 r.ż.

Zostałem poinformowany, że w/wym. zawodnik choruje na cukrzycę typu 1. Mam świadomość ryzyka związanego z występowaniem hipo i – hiperglikemii. Posiadam podstawowe informacje dot. rozpoznawania objawów hipo i – hiperglikemii. Jestem świadom konieczności reagowania podczas ich występowania.

Data, podpis trenera

KWALIFIKACJA PRZEZ SPECJALISTĘ MEDYCYNY SPORTOWEJ:

Zdolny / Niezdolny do uprawiania sportu.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Data, pieczętka specjalisty medycyny sportowej
