

Therapieeinschätzformular für den Therapiegrößen-Rechner

Name: _____
Vorname: _____
Diabetes-Typ: _____
Diabetes seit: _____
Pumpentyp: _____
Pumpe seit: _____
heutiges Datum: _____



Liebe Patientin,
lieber Patient,
wir möchten die für Sie optimale Einstellung Ihres Blutzuckers erreichen. Wir greifen dabei auf 25 Jahre Erfahrung in der Ersteinstellung und Korrektur von ICTs und Pumpentherapien zurück. Deshalb wissen wir, wie wichtig es ist, alle Therapiegrößen auf Ihre persönlichen Lebensumstände und Ihren Alltag abzustimmen, um auf schnellem Wege zu guten Ergebnissen in der Formulierung Ihrer Therapie zu gelangen. Wir möchten Sie deshalb bitten, den nachstehenden Fragebogen vollständig und so genau wie möglich auszufüllen, lassen Sie keine Frage aus.

Die Mühe lohnt sich.

Ihr Team vom Diabetes-Dorf Althausen



Da die Regulierung des Blutzuckers mit vielen anderen Stoffwechselfvorgängen im Körper in Beziehung steht, benötigen wir zunächst einige Angaben, die uns Auskunft über Ihren Grundstoffwechsel geben:

Alter: _____ Jahre Aktueller HbA1c-Wert: _____ %
 Körpergröße: _____ cm Geschlecht: weiblich männlich
 Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Als nächstes möchten wir mehr über Ihre bisherige Therapie erfahren. Sehen Sie sich bitte Ihre Blutzuckerprotokolle der letzten 14 Tage noch einmal genauer an und wählen Sie daraus die 5 Tage mit den besten Blutzucker-Verläufen aus. Bitte achten Sie darauf, dass die von Ihnen ausgewählten Tage typisch für Ihre gewöhnlichen Lebensumstände sind und an diesen Tagen kein außergewöhnliches Ess- oder Bewegungsverhalten bzw. Lipolyse-Korrekturen ("Schema B") stattgefunden haben. Geben Sie für diese 5 Tage bitte jeweils die benötigte Gesamtinsulinmenge an, d. h. für Pumpentherapien die Summe aus Basalrate + Bolus (kann man meistens im Pumpenspeicher auslesen - gab es darüber hinaus noch Insulin über den Pen?) und für Spritzentherapien Verzögerungsinsulin + übriges Insulin.

Datum	Einheiten Insulin	Wie genau ist Ihre Insulinmengen-Einschätzung?
Tag 1: _____	_____	<input type="checkbox"/> Ich habe genau Protokoll geführt und sie meinen Protokollen entnommen.
Tag 2: _____	_____	<input type="checkbox"/> Ich habe meistens Protokoll geführt und sie meinen Protokollen oder dem Speicher meiner Insulinpumpe entnommen.
Tag 3: _____	_____	<input type="checkbox"/> Ich konnte meine Insulinmengen nur grob schätzen.
Tag 4: _____	_____	
Tag 5: _____	_____	
Durchschnittliche Tagessumme: <input type="text"/>		Durchschnittliche Tagessumme der letzten 5 Tage: <input type="text"/>

Schreiben Sie die Gesamtinsulinmengen der letzten 14 Tage auf, von gestern ab rückwärts:

<input type="text"/>														
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

auch zusätzliches Insulin per Pen muss hier berücksichtigt werden. Durchschnittsmenge der letzten 14 Tage

Können Sie Ihren durchschnittlichen Insulintagesbedarf von vor 2 Jahren angeben (wenn damals keine Schwangerschaft, keine Cortison-Dauertherapie)? Durchschnittsmenge:

Welche Art von Insulin verwenden Sie bzw. wollen Sie in der Pumpe verwenden?

Schnelles Analoginsulin Normalinsulin

(Humalog, Novorapid, Apidra)

Schnelles Analoginsulin immer als Bolus
 Schnelles Analoginsulin manchmal als Bolus
 Normalinsulin als Basalrate

Um die Insulintherapie an Ihre persönlichen Bedürfnisse anpassen zu können, benötigen wir nun noch einige Angaben zu Ihren bisherigen Erfahrungen mit dem Diabetes und Ihrem Alltagsleben.

Wann schlafen Sie abends gewöhnlich ein? Um Uhr. Falls Schichtarbeit, wann dann? Um Uhr.
 Wann stehen Sie morgens gewöhnlich auf? Um Uhr.

Wenn Sie an die letzten drei Monate zurückdenken:

Wie würden Sie Ihre Therapieführung am ehesten beschreiben?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte weniger auf starre Therapieregeln, sondern entscheide meist aus dem Bauch heraus.	Ich halte ein paar feste Regeln in meiner Therapie ein, treffe viele Entscheidungen in meiner Therapie aber nach Gefühl.	Ich bemühe mich, die meisten meiner Therapieregeln im Alltag umzusetzen, hundertprozentig gelingt mir das aber nicht immer.	Ich halte mich in jeder Situation ganz strikt an meine Therapieregeln, auch wenn es im Alltag manchmal nicht ganz einfach ist, sie vollkommen einzuhalten.

Machen Sie gerade eine Gewichtsreduktionsdiät? nein ja (Erfolg kg in Wochen)

- ja Haben Sie seit der Erkrankung am Diabetes bereits zwei oder mehr schwere Unterzuckerungen erlitten, bei denen Sie das Bewusstsein verloren oder einen Krampfanfall hatten? nein
- ja Haben Sie große Angst vor Unterzuckerungen? nein
- ja Liegen für Sie nahezu vollständige Protokolle der letzten 2 Wochen vor? nein

Wieviele BEs haben Sie **bisher** und wollen Sie **zukünftig** zu den verschiedenen Mahlzeiten über den Tag verteilt (geg)essen?

Frühstück:	..... BE	Frühstück:	..... BE
Erste Zwischenmahlzeit:	..... BE	Erste Zwischenmahlzeit:	..... BE
Mittagessen:	..... BE	Mittagessen:	..... BE
Zweite Zwischenmahlzeit:	..... BE	Zweite Zwischenmahlzeit:	..... BE
Abendessen:	..... BE	Abendessen:	..... BE
Dritte Zwischenmahlzeit:	..... BE	Dritte Zwischenmahlzeit:	..... BE
Weitere Zwischenmahlzeiten:	..... BE	Weitere Zwischenmahlzeiten:	..... BE
durchschnittliche BE-Zahl / Tag:	..... BE	durchschnittliche BE-Zahl / Tag:	..... BE

Wie sicher sind Sie sich in dieser BE-Einschätzung?

Sehr sicher Überhaupt nicht sicher

Wie oft trinken Sie abends alkoholische Getränke?

- selten bis nie 0,33 l Bier bis 0,25 l Wein/Sekt auch tagsüber
- 1-2-mal wöchentlich 0,5 - 1 l Bier 0,5 l Wein auch Schnäpse
- an den meisten Abenden mehr als 1 l Bier mehr als 0,5 l Wein Most

Wie lässt sich Ihr Bewegungsmaß im Alltag am ehesten beschreiben? (PAL = Physical activity level)

- (PAL 1,2) Ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise, z. B. alte, gebrechliche Menschen
- (PAL 1,4-1,5) Ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität, z. B. Büroangestellte, Feinmechaniker; **motorisch weniger aktive Kinder**
- (PAL 1,6-1,7) Sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten, z. B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fließbandarbeiter
- (PAL 1,8-1,9) Überwiegend gehende und stehende Arbeit, z. B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker; **motorisch aktive Kinder**
- (PAL 2,0-2,4) Körperlich anstrengende berufliche Arbeit, z. B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler

PAL-Faktoren	Mein durchschnittlicher Tag besteht aus:	PAL-Faktoren X Stunden	Summe/24..... = durchschnittlicher PAL-Faktor
.....0,95.....	Stunden Schlaf	.....
.....	Stunden Tätigkeit (nach obiger Liste)	.....
.....	Stunden Sportaktivitäten	.....
.....1,4.....	Stunden Freizeit	.....
.....1,0.....	Stunden Ruhephasen	.....
.....	Stundensumme (muss 24 sein)	Summe.....	

Vermuteter Unterschied im Bewegungsmaß von zuhause und während der Therapieumstellung:

- zuhause viel mehr zuhause etwas mehr zuhause ähnlich zuhause weniger

Bitte geben Sie noch an, ob Sie unter chronischen Herz- oder Lungenkrankheiten leiden (welche?).

Nehmen Sie regelmäßig Cortison ein? Hier haben Sie auch Platz für weitere Mitteilungen:

Um Probleme in Ihrer aktuellen Therapie schneller identifizieren zu können, fügen Sie bitte Ihre Blutzucker-Protokolle diesem Einschätzungsbogen bei. Um uns schneller einen Überblick über Ihre bisherige Therapie verschaffen zu können, vermerken Sie bitte umseitig Ihre bisherigen Therapiegrößen.

Bei Pumpentherapie

Zeit	bisherige Basalrate IE/h
0-1	
1-2	
2-3	
3-4	
4-5	
5-6	
6-7	
7-8	
8-9	
9-10	
10-11	
11-12	
12-13	
13-14	
14-15	
15-16	
16-17	
17-18	
18-19	
19-20	
20-21	
21-22	
22-23	
23-24	
Summe	

Essensfaktoren IE/BE

bisher	bisheriger DEA
-----	-----
Frühstück	
-----	-----
1. Zwischenmahlzeit	
-----	-----
Mittagessen	
-----	-----
2. Zwischenmahlzeit	
-----	-----
Abendessen	
-----	-----
3. Zwischenmahlzeit	
-----	-----
weitere Zwischenmahlzeiten	
-----	-----

Bei Spritzentherapie

Verzögerungsinsulinsorte(n):

Verzögerungsinsulindosen und Injektionszeiten:

Essensinsulinsorte(n):

Essensinsulindosen und Injektionszeiten (entweder IE/BE oder Zuspritz-Schemata):

Früh	Wann?	Mittag	Wann?	Abend	Wann?

Aufstehinsulin?

IE

bei Kindern Einschlafinsulin?

IE

Essensplan in BE bei Spritzentherapie

Frühstück

1. Zw.-Mz.

Mittagessen

2. Zw.-Mz.

Abendbrot

3. Zw.-Mz.