

SCHEDA RACCOLTA DATI

Protocollo con Approvazione Aziendale n. 9778/2019

Titolo: Analisi dei profili anomali delle curve da carico di glucosio in gravidanza

Versione 2.0 del 22/03/2019

NOME/COGNOME ... _____

DATA DI NASCITA _____

NATA A: _____

NAZIONALITA': _____

CENTRO DI AFFERENZA: Buzzi ☐ Macedonio Melloni ☐ Sacco ☐

Recapito telefonico: _____

DATI CLINICI

- Settimana di gravidanza
- Gravidanza **singolare** ☐ **gemellare** ☐
- Prima gravidanza? **SÌ** ☐ **NO** ☐
- Se ha avuto una precedente gravidanza ha sofferto di diabete gestazionale? **SÌ** ☐ **NO** ☐
- Malattie di base da segnalare: Ipotiroidismo ☐ Ipertiroidismo ☐ Ipertensione ☐
Dislipidemia ☐ Celiachia ☐ Altro _____
- Assume farmaci regolarmente? **SÌ** ☐ **NO** ☐
 - Se sì, quali... _____
- Ha assunto farmaci negli ultimi tre giorni? **SÌ** ☐ **NO**
 - Se sì, quali... _____

- Storia pregressa di: Sovrappeso ☐ Obesità ☐ Alcolismo ☐ Altro: _____
- Familiarità per diabete mellito? **SÌ** ☐ **NO** ☐ _____ (grado di parentela)
- PESO: _____ (kg)
- ALTEZZA: _____ (cm)
- È a digiuno a partire dalle ore ____:____. del giorno ____/____/____....

DATI RELATIVI ALL'ESECUZIONE DEL TEST

(compilare a termine del test)

- Curva da carico di glucosio eseguita in data ____/____/____
- Il test è stato portato a termine? **SÌ** ☐ **NO** ☐
- Nel corso del test, ha avuto dei sintomi come per esempio mal di testa o nausea?
SÌ ☐ **NO** ☐
- Se sì, specificare quali _____
- Nel caso in cui il test sia stato interrotto, segnalare:
 - In quale punto del test: _____
 - la motivazione (es.: vomito) _____
- Ripete il test? **SÌ** ☐ **NO** ☐ (Se sì fare riferimento all'Addendum 1)

DATI DI LABORATORIO

P-Glucosio a digiuno mg/dL	ID Richiesta: _____
P-Glucosio dopo 1 ora mg/dL	ID Richiesta: _____
P-Glucosio dopo 2 ore mg/dL	ID Richiesta: _____

SCHEDA RACCOLTA DATI

Protocollo con Approvazione Aziendale n. 9778/2019

Titolo: Analisi dei profili anomali delle curve da carico di glucosio in gravidanza

Versione 2.0 del 22/03/2019

Addendum 1: Scheda di ripetizione del test

NOME/COGNOME ... _____

Recapito telefonico ... _____

RIPETIZIONE DEL TEST N.: _____ **DATA:** ____/____/____

CENTRO DI AFFERENZA: Buzzi ☐ Macedonio Melloni ☐ Sacco ☐

- Il test è stato portato a termine? **SÌ** ☐ **NO** ☐
- Nel caso in cui il test sia stato interrotto, segnalare:
 - In quale punto del test: _____
 - la motivazione (es.: vomito) _____
- Nel caso in cui l'esame sia stato interrotto, indicare la data in cui è stato riprogrammato:

- Nel corso dell'esame, ha avuto dei sintomi come per esempio mal di testa o nausea?
SÌ ☐ **NO** ☐

o Se sì, quali

o Ripete il test? **SÌ** ☐ **NO** ☐

DATI DI LABORATORIO

P-Glucosio a digiuno mg/dL ID Richiesta: _____

P-Glucosio dopo 1 ora mg/dL ID Richiesta: _____

P-Glucosio dopo 2 ore mg/dL ID Richiesta: _____