

	ZAŁACZNIK STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO9 -2012
	CUKRZYCA - EDUKACJA ZDROWOTNA PACJENTA/RODZINY		Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018	WYDANIE 3

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr Księgi Głównej lub Historii Zdrowia i Choroby pacjenta w Poradni

Data szkolenia:

Zakres szkolenia ¹:

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Dieta cukrzycowa z uwzględnieniem ilości kalorii | tak nie |
| 2. Budowa pena z insuliną – obsługa i sposób jego przechowywania | tak nie |
| 3. Miejsca podaży insuliny i szybkości jej działania w poszczególnych obszarach oraz prawidłowy sposób wstrzyknięcia preparatu insulinowego | tak nie |
| 4. Poziom glikemii – pomiar oraz obsługa glukometru | tak nie |
| 5. Powikłania cukrzycy | tak nie |
| 6. Objawy hipoglikemii i hiperglikemii – sposób postępowania | tak nie |
| 7. inne ² : | |

.....
..... **tak nie**

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 8. inne ² : | |
| | |
| | |
| | tak nie |

.....
Podpis pacjenta / rodziny

.....
Podpis pielęgniarki przeprowadzającej szkolenie

Zwracam się z prośbą o przeszkolenie mojej rodziny.

.....
Podpis pacjenta

1 – właściwe zakreślić

2 – wymienić tematy, które dodatkowo zostały omówione podczas szkolenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	Michał Jaśnikowski	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Andrzej Ciechanowski	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Elżbieta Wielgos-Karpińska	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>