

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p> <p>Dipartimento Area Servizi di Diagnosi e Cura</p>	<p><b>MODULO ANAMNESTICO OGTT</b></p>	<p>MO-MediLab-97 All. 3 IO-MediLab-16 POp-DSDC-MediLab-01A</p>	
<p>Identificazione UO/Servizio: <b>U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO</b></p>	<p>Rev. N. 02 del 02/01/2017</p>	<p>Pag 1 di 1</p>	

**Informazioni per curva da carico orale di glucosio da compilarsi a cura del paziente**

Gentile utente la preghiamo di rispondere alle seguenti domande e fornirci le seguenti informazioni:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_

- il suo medico curante o qualcuno le ha già detto che ha la glicemia alta (zuccheri nel sangue) o il diabete?  SI  NO
- è seguito dal Centro di Diabetologia del nostro ospedale?  SI  NO
- ha parenti (genitori, nonni, fratelli) con il diabete?  SI  NO
- oggi ha febbre, influenza, non si sente bene, ha avuto recentemente interventi chirurgici?  SI  NO
- ha assunto farmaci (stamattina)?  SI  NO

**Domande riservate alle pazienti in gravidanza**

- settimana di gravidanza \_\_\_\_\_
- è la prima gravidanza o ha avuto altre gravidanze, se si quante? \_\_\_\_\_
- ha avuto figli che alla nascita pesavano oltre 4 kg?  SI  NO
- età superiore a 35 anni?  SI  NO
- aborti spontanei?  SI  NO
- è aumentata più di 12 Kg nel primo trimestre?  SI  NO

Firma \_\_\_\_\_

**riservato al personale medico/infermieristico**

**ID. RICHIESTA PAZIENTE:** .....

glicemia capillare \_\_\_\_\_ mg/dL

Si procede con la somministrazione di glucosio  si  no

Soluzione di glucosio e quantità da somministrare	Firma di chi somministra

Data \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_