

KORAK 2**UPITNIK KOJI POPUNJAVA FARMACEUT U RAZGOVORU SA PACIJENTOM****Primena insulina**

Datum: _____

Ime i prezime pacijenta: _____

Farmaceut/Apoteka: _____

*Označite odgovore štikliranjem kućice. Komentar popunite ukoliko smatrate da je potrebno dopuniti odgovor.***Mesto primene**1. Da li pregledate mesto primene pre nego što primenite insulin? Da Ne2. Postoje li znaci oštećenja kože? (*farmaceut proverava*): Lipohipertrofije Lipotrofije Modrica Infekcije

3. U koji deo tela primenjujete insulin? (označiti sve što pacijent pomene)

 Abdomen Butine Zadnjica Ruke4. Da li znate šta je rotaciona shema? Da Ne5. Da li pacijent pravilno primenjuje rotacionu shemu? (odgovara farmaceut) Da Ne6. Da li pripremate kožu pre primene insulina? Da Ne7. Da li je tehnika pripreme kože pravilna? (odgovara farmaceut) Da Ne**Tehnika primene**8. Kako primenjujete Vaš *pen insulin*? (označiti sve što pacijent pravilno radi)

- Potvrđuje protok (priprema *pen-a*)
- Lagano okreće *pen* između dlanova (mutni insulin)
- Vazduh u špricu
- Doza – tačnost
- Primena igle
- Potpuna primena leka
- Izvlačenje igle (vreme)

Upotreba igala

9. Da li primenjujete istu iglu više puta? Da Ne
Ako je Da, navesti koliko puta _____
10. Da li brišete iglu nakon primene? Da Ne
11. Da li vraćate poklopac na iglu? Da Ne
12. Da li ste upoznati o mogućem prisustvu vazduha u *pen-u*? Da Ne
13. Da li koristite istu iglu za različite vrste insulina? Da Ne
-

Adherenca**14. Koliko često se desi da preskočite da uzmete insulin?**

- Dnevno
- Nedeljno
- Mesečno
- Gotovo nikad

Odlaganje igala

15. Igle odlažete u običnu kantu za smeće? Da Ne
16. Drugo mesto odlaganja? (navesti) Da Ne

KOMENTAR:
