

**UPITNIK O SAMOKONTROLI DIJABETESA  
- POPUNJAVA PACIJENT -**

Zaokružiti broj posete farmaceutu:  prva poseta  poslednja poseta

Navedene aktivnosti odnose se period u prethodna 2 meseca. Zaokružite Vaš odgovor da li ih regularno obavljate:	Da	Delimično	Ne	Aktivnost ne odgovara mom stanju
1. Odlazim na sve kontrole kod lekara u vezi sa lečenjem dijabetesa.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Uzimam lekove za lečenje dijabetesa onako kako mi je propisano.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Dešava mi se da propustim (zaboravim ili preskočim) da uzmem lek za dijabetes.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Strogo se pridržavam preporuka o ishrani od lekara, farmaceuta i drugih zdravstvenih stručnjaka.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Proveravam dovoljno često šećer u krvi da bih postigao/la dobru kontrolu nivoa šećera u krvi.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Redovno zapisujem nivoe šećera u krvi (ili pratim rezultate koji su sačuvani u mom aparatu za merenje šećera).	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Biram hranu koja mi olakšava postizanje kontrole šećera u krvi	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Imam redovne fizičke aktivnosti kako bih poboljšao/la lečenje dijabetesa.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Moja samo-kontrola dijabetesa je dobra.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Moja kontrola krvnog pritiska i masnoća u krvi je dobra	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. Redovno kontrolišem stopala, oči i funkciju bubrega	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. Koliko često Vam se dešava da tokom nedelje propustite da uzmete lek za dijabetes? (Zaokružite broj dana): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7				