



Dijabetes Mellitus Tip 2

Integrirani klinički put

Ime i prezime pacijenta	Alergija na lijekove	
Adresa	Broj telefona	
JMB	Tim porodične medicine	Karton pacijenta

Preliminarna dijagnoza
Datum inicijalne procjene

Ovaj projekat je trenutno u pilot-fazi, svi komentari su dobrodošli

Ukoliko imate dodatnih pitanja ili nedoumica molimo Vas da kontaktirate
Vaš tim porodične medicine na tel. 035/622-216

CIDA/WHO project
Strengthening health systems in BiH with focus on
primary health care/model of family medicine

O ovom kliničkom putu

Ovaj klinički put je namijenjen primjeni kod pacijenata sa diabetes mellitusom tip 2

Na koji način se koristi:

KP je **multidisciplinarni** plan liječenja, zasnovan na dokazima proisteklim iz istraživanja, koji inkorporira međunarodne i nacionalne kliničke vodiče za pacijente sa diabetes mellitusom tip 2

- **Molimo da popunite mjesto previđeno za potpis na strani 3 ovog dokumenta.** Time ćete omogućiti identificiranje osoba koje su koristile ovaj klinički put.
- Svaka stranica dokumentira aktivnosti ili zadatke koje treba provesti tokom liječenja, u cilju zbrinjavanja pacijenata sa diabetes mellitusom tip 2.
- Kada je aktivnost finalizirana, osoba koja je obavlja se mora potpisati (inicijali) i zabilježiti na stranici 3. Odgovornost za finaliziranje određenih aktivnosti može biti podijeljena između 2 ili više profesionalnih grupa; stoga aktivnost navedena u jednom odjeljku ne isključuje potpisivanje i neke druge discipline za istu aktivnost, ukoliko je to potrebno.
- Ukoliko je neophodno mijenjati način liječenja u bilo kojoj fazi kliničkog puta navedite na koji način se mijenja tretman pacijenta; navedite objašnjenje za odstupanje; opišite aktivnosti koje ste poduzeli kao rezultat na suprotnoj strani, u "odjeljku za odstupanje". Morate potpisati, datirati i evidentirati vrijeme za sva identificirana odstupanja.
- Klinički put bi trebalo koristiti kao vodič za osiguravanje pružanja adekvatnog liječenja, od strane odgovarajuće osobe, u pravo vrijeme i na pravi način. Ne treba ga slijepo pratiti. Uvijek treba koristiti kliničku procjenu.
- Unesite podatke o dodatnom tretmanu za pacijenta koja nije obuhvaćena kliničkim putem.
- Dokumentacija mora biti tačna i sveobuhvatna kako bi zadovoljila zakonske norme.
- Potrebno je popuniti sve odjeljke. Niti jedan ne bi trebao ostati prazan.
- KP treba pohraniti u karton pacijenta.
- Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa korištenjem kliničkog puta, stupite u kontakt sa svojim prvim pretpostavljenim.

Kratice korištene u ovom kliničkom putu:

DZ	Dom zdravlja
JMB	Jedinstveni matični broj
V	Varijacije
Hb	Hemoglobin
TA	Krvni pritisak
DMT1	Diabetes Mellitus, tip 1
DMT2	Diabetes Mellitus, tip 2
EKG	Elektrokardiogram
GUK	Glukoza u krvi
LS	Lipidni status
UKC	Univerzitetski klinički centar
UZS	Ultrazvuk srca
KP	Klinički put



JZU DOM ZDRAVLJA KLADANJ

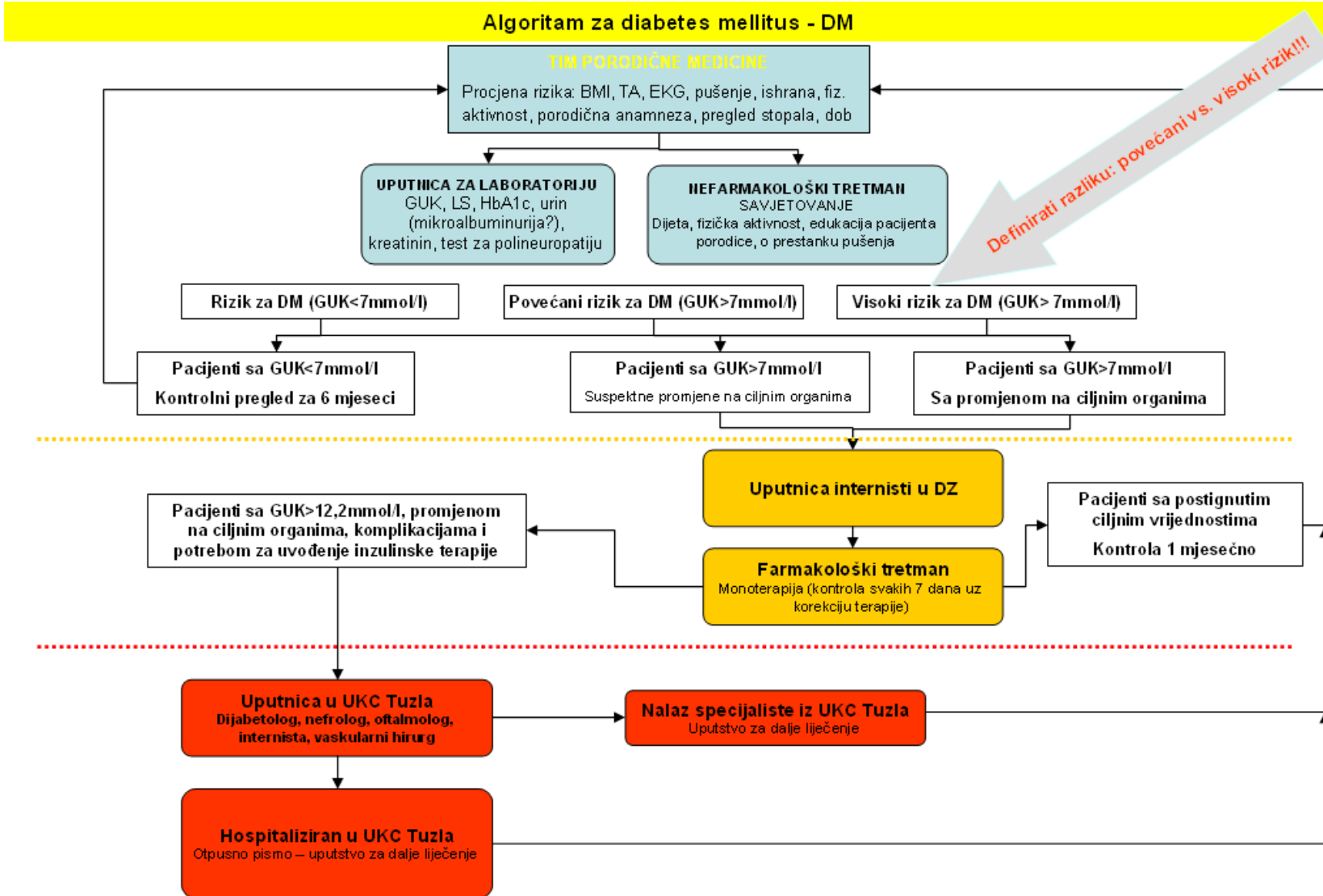


Molimo da obavezno unesete ime i prezime, poziciju, uzorak potpisa, uključujući i inicijale, za buduće reference unutar kliničkog puta.

Ime i prezime (štampanim slovima)	Pozicija	Potpis	Inicijali	Telefon



Putovanje pacijenta u okviru kliničkog puta



Ime i prezime pacijenta

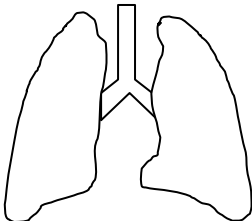
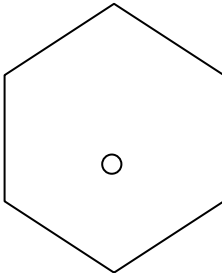
Prvi pregled – datum / /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Zakazivanje pacijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 dana			
Evidencija ličnih podataka i sestrinska anamneza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Određivanje BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontrolno mjerenje krvnog pritiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EKG nalaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nepušač – nikada nije pušio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nepušač – prestao pušiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Kada je prestao Koliko je pušio	
Pušač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Koliko dugo puši Broj cigareta dnevno	
Pregled stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Navike konzumiranja alkohola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Koliko pije	
Fizička aktivnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anamneza kardiovaskularnih oboljenja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Porodična anamneza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Uputiti na pregled fundusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Anamneza

Glava i vrat:	<input type="checkbox"/>
Pulmo:	<input type="checkbox"/>
Cor:	<input type="checkbox"/>
Abdomen:	<input type="checkbox"/>
Urogenitalni sistem:	<input type="checkbox"/>
Kralježnica:	<input type="checkbox"/>
Ekstremiteti:	<input type="checkbox"/>

Socijalna anamneza

<u>Respiratorni</u>	<u>Abdominalni</u>
	

Laboratorijski nalazi – molimo da dostavite sljedeće:				Datum <u> </u> / <u> </u> / 200 <u> </u> .		
Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Sedimentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dana			
Krvna slika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mikroalbumini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Holesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trigliceridi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GUK – tri dana uzastopno (1. dan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 dana			
GUK – tri dana uzastopno (2. dan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GUK – tri dana uzastopno (3. dan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Ime i prezime laboranta

Potpis

Datum

Nefarmakološki tretman:				Datum <u> </u> / <u> </u> / 200 <u> </u> .		
Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Informisanje pacijenta o njegovoj bolesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Savjet o promjeni stila života	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Savjet o dijete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Savjet o konzumiranju alkohola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Savjet o fizičkoj aktivnosti i gubitku težine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Savjet o prestanku pušenja ako je pušač	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Edukacija pacijenta i porodice o dijabetesu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Edukacija pacijenta o uzimanju lijekova i komplikacijama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Edukacija pacijenta njezi stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ime i prezime zdravstvenog radnika

Potpis

Datum

Plan vođenja slučaja

Terapija lijekovima

Razlozi za odstupanje

Uputnica za UKC Tuzla

Komentari:-

Ime i prezime ljekara

Potpis

Datum

Ime i prezime pacijenta

1. Kontrolni pregled (15 dana) – hronični pacijenti (30 dana)

/ /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Zakazivanje pacijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 dana			
Određivanje BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontrolno mjerenje krvnog pritiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EKG nalaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pušački status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pregled stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Anamneza

<u>SAMOMJERENJE</u> DATUM I VRIJEDNOSTI	Krvni pritisak	
	GUK	

Laboratorijski nalazi – molimo da dostavite sljedeće:

Datum / /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Sedimentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dana			
Krvna slika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Holesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trigliceridi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GUK – tri dana uzastopno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 dana			
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Ime i prezime laboranta

Potpis

Datum

Ime i prezime pacijenta

2. Kontrolni pregled (30 dana) – datum / / 200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Zakazivanje pacijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 dana			
Određivanje BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontrolno mjerenje krvnog pritiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EKG nalaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pušački status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pregled stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Anamneza

<u>SAMOMJERENJE</u> DATUM I VRIJEDNOSTI	Krvni pritisak	
	GUK	

Laboratorijski nalazi – molimo da dostavite sljedeće:				Datum		
Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Sedimentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dana			
Krvna slika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Holesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trigliceridi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GUK – tri dana uzastopno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 dana			
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Ime i prezime laboranta

Potpis

Datum

Ime i prezime pacijenta

3. Kontrolni pregled (3 mjeseca)– datum / /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Zakazivanje pacijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 dana			
Određivanje BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontrolno mjerenje krvnog pritiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EKG nalaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pušački status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pregled stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Anamneza

<u>SAMOMJERENJE</u> DATUM I VRIJEDNOSTI	Krvni pritisak	
	GUK	

Laboratorijski nalazi – molimo da dostavite sljedeće: Datum / /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Sedimentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dana			
Krvna slika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Holesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trigliceridi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GUK – tri dana uzastopno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 dana			
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Ime i prezime laboranta

Potpis

Datum

Ime i prezime pacijenta

4. Kontrolni pregled (6 mjeseci) – datum / /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Zakazivanje pacijenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 dana			
Određivanje BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontrolno mjerenje krvnog pritiska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EKG nalaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pušački status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pregled stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontrolni pregled fundusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Anamneza

<u>SAMOMJERENJE</u> DATUM I VRIJEDNOSTI	Krvni pritisak	
	GUK	

Laboratorijski nalazi – molimo da dostavite sljedeće:

Datum / /200 .

Aktivnosti	Urađeno		Vremenski okvir	Nalaz	Inicijali	V
	Da	Ne				
Sedimentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dana			
Krvna slika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kreatinin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Holesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mikroalbumini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trigliceridi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GUK – tri dana uzastopno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 dana			
Odstupanje:	Razlozi odstupanje:					

Ime i prezime laboranta

Potpis

Datum

Specijalista za interne bolesti
Specijalističko-konsultativni pregled
Informacije za tim porodične medicine u DZ Kladanj

Ime i prezime pacijenta: _____

Ambulanta: _____

Došao na pregled zbog dijabetes mellitusa tip 2 dana ____/____/____

Ostale dijagnoze pri prijemu/pregledu:

Dijagnoze pri završenom pregledu:

i) _____
 ii) _____
 iii) _____
 iv) _____

i) _____
 ii) _____
 iii) _____
 iv) _____

Preporučeni lijekovi (Popunjava specijalista koji je pregledao pacijenta)

Lijekovi	Da/Ne		NAZIV LIJEKA	DOZA	Kontraindiciran/komentari
Peroralni antidiabetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inzulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ACE inhibitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ostali lijekovi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kopija UZS u prilogu: DA / NE

Vaš pacijent će biti pregledan kod istog specijaliste _____ dana (kontrolni pregled)

Plan kontinuiranog liječenja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim, molimo da stupite u kontakt sa _____, telefon: _____

Rezultati pretraga:

GUK		Mikroalbumini		Kreatinin		Težina _____ kg TA /
KKS		Proteinogram		Urea		
LS		Na		K		
HbA1c		Drugo				

Ime i prezime specijaliste

Potpis

Datum

Informacije pri otpustu/pregledu za tim porodične medicine u DZ Kladanj

Ime i prezime pacijenta: _____

Prijemna ambulanta	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Pacijent hospitaliziran	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Komentar
Broj protokola			Broj istorije bolesti			

Primljen zbog dijabetes mellitusa tip 2 dana ____/____/____

Ostale dijagnoze pri prijemu:

Dijagnoze pri otpustu/završenom pregledu:

i) _____

i) _____

ii) _____

ii) _____

iii) _____

iii) _____

iv) _____

iv) _____

LIJEKOVI PRI OTPUSTU/ZAVRŠENOM PREGLEDU

Lijekovi	Da/Ne		NAZIV LIJEKA	DOZA	Kontraindiciran/komentari
Peroralni antidiabetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Inzulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ACE inhibitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ostali lijekovi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kopija UZS u prilogu: DA / NE

Kontrolni pregled na Klinici za interne bolesti UKC Tuzla zakazan je _____ dana

Plan kontinuiranog liječenja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim, molimo da stupite u kontakt sa _____, telefon: _____

Rezultati pretraga:

GUK		Mikroalbumini		Kreatinin		Težina _____ kg TA /
KKS		Proteinogram		Urea		
LS		Na		K		
HbA1c		Drugo				

Ime i prezime specijaliste

Potpis

Datum

UKC Tuzla Klinika za očne bolesti

Informacije pri otpustu/ pregledu za tim porodične medicine u DZ Kladanj

Ime i prezime pacijenta: _____

Prijemna ambulanta	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Pacijent hospitaliziran	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Komentar
Broj protokola			Broj istorije bolesti			

Primljen zbog dijabetes mellitusa tip 2 dana ____/____/____

Ostale dijagnoze pri prijemu:

Dijagnoze pri otpustu/završenom pregledu:

i) _____
ii) _____
iii) _____

i) _____
ii) _____
iii) _____

Lijekovi	Da/Ne	NAZIV LIJEKA	DOZA	Kontraindiciran/komentari
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Kontrolni pregled na Klinici za očne bolesti UKC Tuzla zakazan je _____ dana

Plan kontinuiranog liječenja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim, molimo da stupite u kontakt sa _____, telefon: _____

Ime i prezime specijaliste

Potpis

Datum

UKC Tuzla Klinika za Hirurgiju

Informacije pri otpustu/ pregledu za tim porodične medicine u DZ Kladanj

Ime i prezime pacijenta: _____

Prijemna ambulanta	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Pacijent hospitaliziran	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Komentar
Broj protokola			Broj istorije bolesti			

Primljen zbog dijabetes mellitusa tip 2 dana ____/____/____

Ostale dijagnoze pri prijemu:

Dijagnoze pri otpustu/završenom pregledu:

i) _____
ii) _____
iii) _____

i) _____
ii) _____
iii) _____

Lijekovi	Da/Ne	NAZIV LIJEKA	DOZA	Kontraindiciran/komentari
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Kontrolni pregled na Klinici za hirurgiju UKC Tuzla zakazan je _____ dana

Plan kontinuiranog liječenja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim, molimo da stupite u kontakt sa _____, telefon: _____

Ime i prezime specijaliste

Potpis

Datum

UKC Tuzla Klinika za Ortopediju

Informacije pri otpustu/ pregledu za tim porodične medicine u DZ Kladanj

Ime i prezime pacijenta: _____

Prijemna ambulanta	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Pacijent hospitaliziran	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Komentar
Broj protokola			Broj istorije bolesti			

Primljen zbog dijabetes mellitusa tip 2 dana ____/____/____

Ostale dijagnoze pri prijemu:

Dijagnoze pri otpustu/završenom pregledu:

i) _____
ii) _____
iii) _____

i) _____
ii) _____
iii) _____

Lijekovi	Da/Ne	NAZIV LIJEKA	DOZA	Kontraindiciran/komentari
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Kontrolni pregled na Klinici za hirurgiju UKC Tuzla zakazan je _____ dana

Plan kontinuiranog liječenja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim nalazom, molimo da stupite u kontakt sa _____, telefon: _____

Ime i prezime specijaliste

Potpis

Datum

UKC Tuzla Klinika za Neurologiju

Informacije pri otpustu/ pregledu za tim porodične medicine u DZ Kladanj

Ime i prezime pacijenta: _____

Prijemna ambulanta	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Pacijent hospitaliziran	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Komentar
Broj protokola			Broj istorije bolesti			

Primljen zbog dijabetes mellitusa tip 2 dana ____/____/____

Ostale dijagnoze pri prijemu:

Dijagnoze pri otpustu/završenom pregledu:

i) _____
ii) _____
iii) _____

i) _____
ii) _____
iii) _____

Lijekovi	Da/Ne	NAZIV LIJEKA	DOZA	Kontraindiciran/komentari
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Kontrolni pregled na Klinici za hirurgiju UKC Tuzla zakazan je _____ dana

Plan kontinuiranog liječenja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim nalazom, molimo da stupite u kontakt sa _____, telefon: _____

Ime i prezime specijaliste

Potpis

Datum

Uvod

Ovaj klinički put se bavi liječenjem i terapijom lica oboljelih od dijabetes mellitusa (povišenog nivoa šećera u krvi) u DZ Kladanj. Formular koji imate u ruci je instrument za pacijente i zdravstvene profesionalce, a namjenjen je osobama koja pate od dijabetes mellitusa (šećerne bolesti), ali može biti od koristi i za njihove porodice i sve druge koje interesuje zdravstveno stanje ovih lica. Cijeli proces uvođenja kliničkih puteva se nalazi u pilot-fazi i svi komentari i savjeti su dobrodošli.

Klinički put ima za cilj da Vam pomogne da bolje razumijete liječenje šećerne bolesti i funkciniranje zdravstvenog sistema. Ne sadrži detaljan opis stanja dijabetes mellitusa ili analiza ili terapija vezanih uz dato stanje. Takvi detalji su predmet diskusije sa nekim od članova tima koji je zadužen za liječenje, tj. Vašim ljekarom porodične medicine ili medicinskom sestrom.

Šećerna bolest (Dijabetes melitus)

Dijabetes mellitus (šećerna bolest) je bolest kod koje je nivo glukoze u krvi viši od normalne. Osobe sa dijabetes mellitusom imaju problem sa pretvaranjem hrane u energiju. Poslije jela, hrana se pretvara u šećer zvani glukoza koji nošen krvlju dolazi do ćelija u tijelu. Ćelije koriste inzulin, hormon koji nastaje u gušterači, kako bi mogle pretvoriti glukozu iz krvi u energiju. Dijabetes mellitus nastaje zato što gušterača ne stvara dovoljno inzulina ili što ćelije ne koriste inzulin na pravi način ili zbog oba razloga istovremeno. Godinama povišen nivo glukoze u krvi, što se naziva hiperglikemija, oštećuje nerve i krvne sudove, što može biti razlog za bolesti srca i moždani udar, bolesti bubrega, sljepila, problema sa nervima, infekcija i amputacije.

Postoje tri tipa dijabetes mellitusa od kojih su najčešći: tip 1, tip 2 i dijabetes mellitus u trudnoći. Tip 1 se obično dijagnosticira kod djece i mlađih osoba. Tip 2 je najčešći oblik dijabetes mellitusa. Može se razviti u bilo kojoj starosnoj dobi. Dijabetes mellitus u trudnoći ili gestacijski dijabetes mellitus nastaje kod nekih žena u kasnom stadiju trudnoće. Obično ovaj oblik dijabetes mellitusa nestaje sa porodom, ali te žene imaju povećani rizik za dobijanje dijabetes mellitusa tip 2.

Dijagnosticiranje dijabetes mellitusa

Kriteriji za dijagnosticiranje dijabetes mellitusa su: povećano izlučivanje mokraće (u količini većoj od 3 litra za 24 sata), pojačana žeđ (i unošenje većih količina vode), neobjašnjivo gubljenje težine, nivo glukoze u krvi natašte veći od 7 mmol/l ili nivo glukoze u bilo kojem slučajnom uzorku krvi veći od 11,1 mmol/l.

Tretman dijabetes mellitusa

Glavni način liječenja dijabetes mellitusa tip 2 je: **zdrava dijeta** (nizak nivo ugljenih hidrata i masti u ishrani, a visok nivo hrane koja sadrži vlakna – grahorice, žitarice, sjemenke se ne preporučuju u ishrani), **vježbanje** – kako bi tjelesna težina i glukoza bili pod kontrolom, **lijekovi** – oni ne mogu zamijeniti zdravu ishranu, **inzulin** je ponekad neophodan kada tablete ne pomažu u održavanju potrebnog nivoa glukoze u krvi. Pušenje značajno povećava rizik od nastanka komplikacija šećerne bolesti.

Dobro liječenje dijabetes mellitusa zahtijeva trajnu promjenu načina života. Dijabetes se ne može izliječiti, ali se može držati pod kontrolom pravilnom prehranom, redovnim vježbanjem, uzimanjem lijekova i čestim mjerenjem glukoze u krvi. Pravilna kontrola dijabetes mellitusa (šećerne bolesti) može omogućiti kvalitetan, zdrav i dug život.

Molimo Vas da čuvate i rukujete ovim kliničkim putem na način koji Vam je sugerisao Vaš tim porodične medicine.