

Uppföljning vid pump- och/eller CGM-start

Namn: _____

Datum: _____

CGM-start, datum: _____

Pumpstart, datum: _____

	Besök 1	Besök 2	Besök 3	Besök 4	Besök 5
	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
HbA1c					
Dygnsdos					
Vikt					
% under _____ mmol/l					
% över _____ mmol/l					
Upplevd känning/vecka					
Antal blodsockermätningar (stickor)/dygn					
Pump – Patientens upplevelser (fyll i vilket besök)					
CGM – Patientens upplevelser (fyll i vilket besök)					
Pump – Anhörigas upplevelser (fyll i vilket besök)					
CGM – Anhörigas upplevelser (fyll i vilket besök)					
Slutsatser/övrigt					

SE-1003-140822

	Besök 6	Besök 7	Besök 8	Besök 9	Besök 10
	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
HbA1c					
Dygnsdos					
Vikt					
% under _____ mmol/l					
% över _____ mmol/l					
Upplevd känning/vecka					
Antal blodsockermätningar (stickor)/dygn					
Pump – Patientens upplevelser (fyll i vilket besök)					
CGM – Patientens upplevelser (fyll i vilket besök)					
Pump – Anhörigas upplevelser (fyll i vilket besök)					
CGM – Anhörigas upplevelser (fyll i vilket besök)					
Slutsatser/övrigt					