

## Min diabetesbehandling

Datum: .....

Namn:.....

Kontakta din distriktssköterska om sex månader för uppföljning.

Boka tid till din läkare om ett år.

Behandlingen består även av ökad motion och rätt kost!

Ny kontroll rekommenderas om ..... månader.

Du får gärna boka tid själv!

	Frukost	Lunch	Middag	Kväll
Tablett				
mg				
Tablett				
mg				
Injektion				
Injektion				

Blodtrycksbehandling	Ja/Nej	
Kolesterolbehandling	Ja/Nej	
Rökning	Ja/Nej	
Erbjudit åtgärd		

	Målvärde Nationella riktlinjer	Mitt aktuella värde	Mitt mål
<b>HbA1c</b> (mmol/mol) ”långtidsmått” på glukosnivå	<b>&lt; 52 *</b> * individuell bedömning personligt mål gäller		
<b>LDL</b> kolesterol (mmol/l)	<b>&lt; 1,8</b>		
<b>Blodtryck</b> (mm Hg)	<b>120-129/70-80</b> <b>om &lt;65 år och vid</b> <b>protein i urin</b>  <b>130-139/70-80</b> <b>om &gt;65 år</b>		
<b>Vikt/ BMI</b>	Normalvärden <b>19-24</b> (kvinnor) <b>20-26</b> (män)		
<b>Motion</b> <b>Mitt mål:</b>			
<b>Kost</b> <b>Mitt mål:</b>			

Ögonbottenundersökning:.....

Fotstatus:.....

Diabetes fotriskkategori: .....

Övriga individuella mål:

.....

Uppföljning:

.....