**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Nr telefonu/ Adres e-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **KRYTERIA WŁĄCZENIA DO PROGRAMU - PODSTAWOWE:** |
| mieszkam we Wrocławiu | TAK: 1/NIE: 0 |
| Jestem w wieku: powyżej 18 r.ż. | TAK :1/NIE: 0 |
| Posiadam w dotychczasowym wywiadzie rozpoznaną cukrzycę typu 1 | TAK: 1/NIE: 0 |
| Posiadam w dotychczasowym wywiadzie rozpoznaną cukrzycę typu 2 | TAK: 1/NIE: 0 |
| Czas trwa­nia cu­krzy­cy (w la­tach; je­śli krócej niż od ro­ku, wpi­sać 0) |  |
| Wzrost …………. | Waga ………….. |  |
| **KRYTERIA DODATKOWE:** |
| Stwierdzona hiperglikemia ( > = 140 mg/dl glukozy we krwi na czczo) | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Stwierdzona hiperglikemia ( > 200 mg/dl glukozy we krwi 2 godz. po posiłku) | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Poziom HBA1c z ostatnich 3 m-cy | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Choroba układu sercowo-naczyniowego | TAK: 1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Nadciśnienie tętnicze | TAK: 1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Zawał serca | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Udar  | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Zaburzenia gospodarki lipidowej | TAK: 1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Cukrzyca występująca w rodzinie | TAK: 1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Mała aktywność fizyczna (mniej niż 150 minut wysiłku fizycznego tygodniowo) | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Amputacja stopy lub palców | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Czy kie­dy­kol­wiek miałeś/miałaś prze­pro­wa­dzo­ne ba­da­nie stóp | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| Kwestionariusz oceny stóp > 5 | TAK:1/NIE: 0 | ……….. PKT |
| RAZEM PUNKTÓW (*WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU*) | ……….. PKT |

 Podpis Uczestnika Programu

 Data: