

Nome / Ім'я:

Cognome / Прізвище:

Anni / Вік :

Tel / Телефон:

Sei diabetico?/Ви діабетик?

- | | | |
|---|-----------------|--------------|
| ■ Sei diabetico? Hai problemi di glicemia? | [sì] | [no] |
| Ви діабетик? Проблеми з гліцемією? | [так] | [ні] |
| ■ Assumi farmaci per il diabete? | [sì] | [no] |
| Приймаєте ліки від діабету? | [так] | [ні] |
| ■ Hai dispositivi per misurare la glicemia? | [sì] | [no] |
| У вас є прилади для вимірювання цукру? | [так] | [ні] |
| ■ Assumi insulina? | [sì] | [no] |
| Приймаєте Інсулін? | [так] | [ні] |
| ■ Assumi compresse? | [sì] | [no] |
| Приймаєте пігулки? | [так] | [ні] |
| ■ Hai i farmaci con te? | [sì] | [no] |
| Маєте ліки при собі | [так] | [ні] |
| ■ Per quanto tempo ti possono bastare? | 1 settimana [] | 1 mese [] |
| На який час вам їх вистачить? | 1 неділя [] | 1 місяць [] |
| ■ Sei in gravidanza? | [sì] | [no] |
| Ви вагітна? | [так] | [ні] |

Valutazione della priorità dell'intervento in base a **terapia insulinica** [sì], **riserva di farmaci** [1 settimana], **età** (<30), **gravidanza** [sì]: anche uno solo di questi punti determina priorità.