

OBRAZEC ZA DIPLOMIRANO MEDICINSKO SESTRO – S SLADKORNO BOLEZNIJO SKOZI ŽIVLJENJE

Identifikacijska številka udeleženca (izpolni vodja delavnice): SB20__D__U__; Datum: __ __ __

IME IN PRIIMEK:

Delavnica SB2: Ali se je oseba predhodno udeležila kratke delavnice *Sladkorna bolezen tipa 2*?

1) Da

2) Ne

Odkrita SB2: Kdaj je bila pri osebi odkrita sladkorna bolezen?

(možen je en
odgovor)

1) Pred manj kot enim letom

2) Pred 1-5 leti

3) Pred 6-10 leti

4) Pred več kot 10 leti

**Medikamentozna
terapija:**

(možen je en
odgovor)

Ali oseba prejema medikamentozno terapijo za zdravljenje
sladkorne bolezni tipa 2?

1) Da

2) Ne

3) Da, začela prejemati med delavnico