



डायबिटिक पेशेन्ट फार्म

HbA1c :- Date :

(रिपोर्ट संलग्न करें।)

- 1- मरीज का नाम लिंग उम्र
- 2- पूरा पता पिन कोड
- 3- वजन मोबाइल नंबर व्हाट्सएप नंबर ई-मेल
- 4- डायबिटीज कितने वर्षों से है? उस समय शुगर लेवल क्या था?
- 5- उस समय शुगर के लक्षण क्या थे?
- 6- आज तक की औसत ब्लड शुगर लेवल क्या रही? F-BSL mg/dl PP-BSLmg/dl
- 7- वर्तमान में शुगर लेवल क्या है? F-BSL mg/dl PP-BSLmg/dl
- 8- क्या आपको ब्लड प्रेशर, थायरॉइड, खून की कमी, PCOD है **केवल महिलाओं के लिए**
- 9- क्या आपकी एन्जियोप्लास्टी, बाईपास, आंखों में लेजर या अम्यूटेशन हुई है?
- 10- आपको डायबिटीज के कौन कौन से लक्षण महसूस होते हैं? **केवल टिक लगायें।**

भूख/प्यास ज्यादा लगती है?	पेशाब बार-बार लगती है?
थकान ज्यादा होती है?	ज्यादा पसीना आता है?
पेट साफ नहीं रहता है?	पेशाब में जलन होती है?
एसिडिटी/ गैस की तकलीफ है?	पैरों में झुनझुनी/जलन/नमी होती है?
सीढ़ियां चढ़ते समय सांस फूलती है?	पहले से नजर कमजोर हो रही है?
चेहरा और पैर पर सूजन आती है?	पैरों की पिंडलियों में गोला आता है?
- 11- डायबिटीज के अलावा और कोई बीमारी है? लिखें
- 12- घर में किन-किन लोगों को डायबिटीज है? लिखें
- 13- क्या आप समय पर खाना खाते हैं?
- 14- आप शराब तंबाकू सिगरेट हुआ अन्य का सेवन करते हैं?
- 15- आप कौन सा व्यायाम कितनी देर करते हैं?
- 16- आप आज वर्तमान में जो दवाई ले रहे हैं उनके नाम और मात्र अनिवार्य रूप से लिखें

घोषणा

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त प्रस्तुत विवरण मेरे ज्ञान व विश्वास के अनुसार सत्य व सही है। मुझे उपचार के बारे में तथा उपचार के दौरान दिए जाने वाले आहार-विहार और अन्य सावधानियों के बारे में विस्तार से जानकारी दी गई है। उपचार के साथ दिए गए सभी निर्देशों का पालन करने का वचन देता हूँ। मेरी लापरवाही से उचित या अपेक्षित परिणाम नहीं आते हैं तो मैं स्वयं को ही दोषी मानूंगा और सभी जिम्मेदारी मेरी होगी। उपचार के दौरान स्वास्थ्य से संबंधित जानकारी डाक्टर को उपलब्ध कराते रहना मेरी जिम्मेदारी होगी। मैं यह उपचार अपनी स्वेच्छा/मर्जी से ले रहा हूँ। समय रहते ही दवाई को प्राप्त करना और उचित परिणाम आने तक निरंतर सही मात्रा में दवाई लेना मेरी जिम्मेदारी है।

उपचार के दौरान प्राप्त जानकारी का विवरण मुद्रण/वीडियो, लिखित और सचित्र दस्तावेजों को तैयार कर उनका उपयोग अन्य डायबिटीज के मरीजों के लाभार्थ व समाज कल्याण के लिए प्रकाशन करने व प्रसार करने की बिना किसी आपत्ति और अपेक्षा से पूर्णतयः अनुमति देता/देती हूँ।

मरीज.....

हस्ताक्षर.....

स्थान