

Dutch Pediatric and Adult Registration of Diabetes

DPARD



Vetgedrukte items zijn verplicht

Versie: 2016-11-2 - v1.0.0 (interne code: dpard)

Patiëntgegevens

Ingave Identificatie code per land van herkomst

Land	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Duitsland <input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Zweden <input type="checkbox"/> Onbekend
Identificatie code		
Officiële voornamen van de persoon		
Achternaam die bij geboorte gekregen is.		
Geboortedatum (DD-MM-JJJJ)		
Administratief geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Geboorteland (alleen voor Kinderregistratie)		
Etnische herkomst	<input type="checkbox"/> Kaukasisch <input type="checkbox"/> Noord-Afrikaans <input type="checkbox"/> Overig Afrikaans <input type="checkbox"/> Turks- en Caicoseilanden <input type="checkbox"/> Hindoestaans	<input type="checkbox"/> Overig Aziatisch <input type="checkbox"/> Latijns Amerikaans <input type="checkbox"/> Meervoudige afkomst <input type="checkbox"/> Onbekend
Meerling (alleen voor Kinderregistratie)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Volgorde geboorte (alleen voor PDR)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

Intake

Ziekenhuis		
Unieke patiëntcode binnen kliniek		
Datum intake		
Postcode van het woonadres		
Wilt u ook handmatig toevoegingen doen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Datum diagnose		
Diagnose classificatie		
Startdatum insuline		
Eerste bezoeksdatum diabetes poli		
Ontslagdatum diabetes poli		
Aantal wkn polydipsie bij diagnose		
Aantal wkn polyuria bij diagnose		
Verlaagd bewustzijn bij diagnose	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Ziekenhuisopname bij diagnose	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Gewichtsverlies bij diagnose	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

Gegevens hoofdbehandelaar**Datum hoofdbehandelaar**AGB code hoofdbehandelaar
diabetes**Lichamelijk onderzoek****Datum lichamelijk onderzoek**

Lengte patiënt (cm)

Gewicht patiënt (kg)

*Systolische bloeddruk*Systolische bloeddruk (mmHg):
handmetingSystolische bloeddruk (mmHg):
thuismetingSystolische bloeddruk (mmHg):
automatische metingSystolische bloeddruk (mmHg):
24 uurs meting*Diastolische bloeddruk*Diastolische bloeddruk (mmHg):
handmetingDiastolische bloeddruk (mmHg):
thuismetingDiastolische bloeddruk (mmHg):
automatische metingDiastolische bloeddruk (mmHg):
24 uurs meting*Medische hulpmiddelen*

Insulinepen

 Nee Ja

Pompbehandeling

 Nee Ja

Continue glucose sensor

 Nee Ja

Aantal injecties per dag

Dagtotaal eenheden

Basaal y eenheden

Dagtotaal

Percentage basaal

Percentage bolus

Honeymoon

 Nee Ja**Laboratorium****Datum laboratorium
onderzoek***HbA1c*HbA1c (glycohemoglobine) IFCC
(mmol/mol)HbA1c (glycohemoglobine) IFCC
(%)*Cholesterol*

Cholesterol totaal (mmol/l)

HDL-cholesterol (mmol/l)

LDL-cholesterol (mmol/l)

Triglyceriden (mmol/l)

Kreatinine (micromol/l)

Nierfunctie

CKD-EPI

MDRD (eGFR)

Cockcroft-Gault

Kreatinineklaring

Albumine / kreatinineratio (mg/mmol)		
(micro-) Albumine urine (mg/l)		
1e Glucose (mmol/L) diagnose		
Glucosurie bij diagnose		
Ketonurie bij diagnose		
1e HbA1c bij diagnose		
1e Natrium bij diagnose		
1e Kalium bij diagnose		
1e pH bij diagnose		
1e Ureum bij diagnose		
Ketonen bij diagnose (mmol/L)		
GAD antistoffen	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dub	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Overig
GAD antistoffen waarde		
IA2 antistoffen	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dub	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
ICA antistoffen	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dub	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
ZnT8	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Dub	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
<i>MODY</i>		
MODY-1	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-2	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-3	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-4	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-5	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-6	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-7	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-8	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
MODY-9	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
TPO antistof titer	<input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Volgt <input type="checkbox"/> NV
Antistoffen coeliakie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Autoimmuun hypothy	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Voetonderzoek		
Datum voetonderzoek		
SIMM classificatie	<input type="checkbox"/> 0, alles in orde <input type="checkbox"/> 1, zonder tekenen van lokaal verhoogde druk. <input type="checkbox"/> 2, verlies PS in combinatie met	en/of PAV en/of tekenen van lokaal verhoogde druk. <input type="checkbox"/> 3, ULCus of amputatie in voorgeschiedenis

Oogonderzoek**Datum oogonderzoek****Leefstijl en risicofactoren****Datum consult leefstijl en risicofactoren**

Roken

 Rookt
 Ex-roker Nooit gerooktAdvies stoppen met roken
gegeven Nee Ja

Alcoholgebruik

 Drinkt alcohol
 Dronk vroeger alcohol Heeft nooit alcohol gedronkenVoedingsgewoonten besproken
(diabetes) Nee Ja

Lichaamsbeweging besproken

 Nee Ja**Relevante aandoeningen****Datum aandoening****Aandoeing**

Aandoening (ICD-10 code)

Startdatum

Einddatum

Medicatie registratie**Datum medicatie****Medicatie**

Soort medicatie (ATC code)

Startdatum

Einddatum

Hoeveelheid