

ОПРЕДЕЛИТЕ РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕДИАБЕТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Инструкция по заполнению анкеты:

1. Ответьте на вопросы опросника с обратной стороны.
Для каждого вопроса выберите 1 ответ.
2. Сложите все баллы, соответствующие вашим ответам на вопросы.
3. Используйте ваш суммарный балл для определения риска развития сахарного диабета или предиабета.
4. Передайте заполненный опросник вашему врачу/ медсестре и попросите их объяснить вам результаты опросника.

Если вы набрали менее 12 баллов: у вас хорошее здоровье, продолжайте вести здоровый образ жизни.

Если вы набрали 12-14 баллов: возможно, у вас предиабет. Вы должны посоветоваться со своим врачом, как вам следует изменить образ жизни.

Если вы набрали 15-20 баллов: возможно, у вас предиабет или сахарный диабет 2-го типа. Вам желательно проверить уровень глюкозы (сахара) в крови. Вы должны изменить свой образ жизни. Не исключено, что вам понадобятся и лекарства для снижения уровня глюкозы (сахара) в крови.

Если вы набрали более 20 баллов: по всей вероятности, у вас есть сахарный диабет 2-го типа. Вы должны проверить уровень глюкозы (сахара) в крови и постараться его нормализовать. Вы должны изменить свой образ жизни и вам понадобятся и лекарства для контроля за уровнем глюкозы (сахара) в крови.

Чтобы узнать больше
о профилактике
сахарного диабета,
отсканируйте QR-код:



Определите риск развития предиабета и сахарного диабета 2-го типа



Обведите нужное число баллов
в соответствии с вашим ответом



ВОЗРАСТ

0 < 45 лет

2 15-54 года

3 55-64 года

4 > 65 лет



ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

0 < 25 кг/м²

1 25-30 кг/м²

3 > 30 кг/м²



ОКРУЖНОСТЬ ТАЛИИ

0 < 94 см у мужчин
< 80 см у женщин

3 94-102 см у мужчин
80-88 см у женщин

4 > 102 см у мужчин
> 88 см у женщин



**ЕДИТЕ ЛИ ВЫ ОВОЩИ, ФРУКТЫ
ИЛИ ЯГОДЫ КАЖДЫЙ ДЕНЬ?**



1 Нет

0 Да



**ЗАНИМАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ФИЗИЧЕСКИМИ
УПРАЖНЕНИЯМИ РЕГУЛЯРНО*?**

*По 30 минут каждый день или 3 часа в течение недели?

2 Нет

0 Да



**ПРИНИМАЛИ ЛИ ВЫ РЕГУЛЯРНО ЛЕКАРСТВА
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ?**

0 Нет

2 Да



**ОБНАРУЖИВАЛИ ЛИ У ВАС КОГДА-ЛИБО
УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ (САХАР) В КРОВИ
ВЫШЕ НОРМЫ*?**

*Во время диспансеризации, болезни или беременности?

0 Нет

5 Да



**БЫЛ ЛИ У ВАШИХ РОДСТВЕННИКОВ САХАРНЫЙ
ДИАБЕТ 1-ГО ИЛИ 2-ГО ТИПА?**

3 Да: бабушка/дедушка, тетя/дядя,
двоюродные братья/сестры

5 Да: родители, брат/сестра
или собственный ребёнок

0 Нет