



# Questionario informativo sulle modalità di erogazione, utilizzo e educazione all'uso dei presidi per l'autocontrollo domiciliare del diabete mellito



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA



*Gentile signora, gentile signore,*

*Le chiediamo pochi minuti del Suo tempo per un servizio migliore.*

*Il presente questionario è uno strumento studiato per conoscere le esigenze delle persone con diabete mellito rispetto all'utilizzo dei presidi per l'autocontrollo domiciliare della patologia diabetica e per migliorare le risposte del Servizio sanitario regionale.*

*Il questionario raccoglie alcune informazioni relative alle caratteristiche del paziente, al tipo di diabete, alla terapia in atto, ma è garantito l'anonimato della compilazione. La raccolta dei questionari avverrà in busta chiusa tramite un rappresentante della Sua Associazione.*

*Il questionario deve essere compilato dalla persona con diabete che utilizza i presidi; se si tratta di minore il questionario deve essere compilato da un genitore.*

*Per la maggior parte dei quesiti sarà solo necessario barrare la casella corrispondente alla risposta che si vuole dare.*

*L'invio di questo questionario rappresenta quindi contemporaneamente sia l'ammissione di essere un cittadino residente in Emilia Romagna che l'autorizzazione al trattamento dei dati raccolti da parte del committente del sondaggio.*

*La ringraziamo anticipatamente della Sua collaborazione!*

*Il gruppo tecnico regionale sulla gestione dei dispositivi medici per diabetici.*

**Nota bene:**

*La compilazione del questionario è anonima.*

*Se desidera essere contattato personalmente per avere notizie più approfondite, La preghiamo di lasciare un Suo recapito e-mail;*

*Le ricordiamo che gli eventuali dati saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sulla privacy.*

**e-mail**

*A. Dati della persona che compila il questionario:*

**È una persona con diabete?**

- Sì  
 No

**È un genitore di minore con diabete?**

- Sì  
 No

*B. Dati della persona affetta da patologia diabetica:*

**Età (anni)**

**Sesso**

- M

F

**Tipo di diabete**

Tipo 1

Tipo 2

**Insorto dal (specificare l'anno)**

**Valore dell'ultima emoglobina glicosilata**

Meno di 6% (42mmol)

Meno di 7% (53mmol)

Tra 7% e 8% (53-64mmol)

Tra 8% e 9% (64-75mmol)

Più di 9% (75mmol)

**Come valuta il suo compenso metabolico**

ottimo

buono

discreto

scarso

*C. Modalità di trattamento della patologia diabetica:*

**Farmaci orali (elencare i farmaci assunti)**

**Insulina (elencare i farmaci assunti)**

**Insulina multiniettiva (elencare i farmaci assunti)**

**Se inusliuna multiniettiva, indicare numero di iniezioni per giorno**

**Microinfusore**

Sì

No

**Data di attivazione del microinfusore**

*D. Uso dei presidi diagnostici:*

**Quale strumento utilizza per l'autocontrollo domiciliare della glicemia? (marca e modello)**

**Lo strumento che utilizza per l'autocontrollo domiciliare**

L'ha ricevuto dal Centro Antidiabetico

L'ha scelto autonomamente

**Se ha scelto autonomamente lo strumento in uso, quale criterio ha adottato?**

**Quante misurazioni della glicemia effettua al giorno?**

0 | 1-2 | 3 | 4-5 | Più di 5

**Quando viene misurata la glicemia durante la giornata?**

Mattino | Pranzo | Cena | Notte

**Con quale frequenza decide la dose di insulina in base al valore della glicemia?**

ogni volta | qualche volta | raramente | mai

**Con quale frequenza corregge l'iperglicemia in base al valore della glicemia rilevata?**

ogni volta | qualche volta | raramente | mai

**Ritiene lo strumento facile da utilizzare?**

Sì  
 No

**Elencare eventuali difficoltà riscontrate nell'uso dello strumento:**

**Che tipo di pungidito utilizza? (specificare marca e modello)**

**Prova dolore nel determinare la glicemia pungendo il dito?**

Sì  
 No

*E. Uso dei presidi terapeutici:*

**Prova dolore quando fa l'iniezione?**

Sì  
 No

**Che tipo di ago utilizza?**

4mm | 5mm | 6mm | 8mm | 12mm

**Di quale marca?**

**Le capita di pungersi accidentalmente?**

- Sì  
 No

**Dove smaltisce il materiale usato?**

*F. Acquisizione dei presidi, diagnostici e terapeutici:*

**Quante strisce per l'autocontrollo riceve al mese?**

**Quanti aghi pungidito riceve al mese?**

**Quanti aghi per penna iniettore di insulina riceve al mese?**

**Ritiene che la fornitura sia adeguata alle sue esigenze?**

- Sì  
 No

**Specificare e motivare eventuali carenze**

**Le capita di acquistare materiale in farmacia?**

- Sì  
 No

**Se sì, con quale frequenza?**

- Ogni mese  
 Ogni tre mesi  
 Due volte l'anno  
 Almeno una volta l'anno

*G. Formazione all'uso dei presidi:*

**Ha ricevuto educazione - formazione all'uso dei presidi?**

- Sì  
 No

**Se sì, da parte di chi?**

- Dal Medico  
 Da personale infermieristico

**Ritiene di essere stato informato in modo esaustivo?**

- Sì  
 No

**Quanto tempo è durata la formazione?**

**Cosa avrebbe desiderato sapere in più?**

**In particolare per chi utilizza i Microinfusori: nella presentazione della metodica e nella gestione della strumentazione ritiene le sia stata fornita informazione completa sui benefici aggiuntivi e su eventuali rischi rispetto alla somministrazione usuale di insulina?**

**Agli incontri successivi è stata verificata la capacità d'uso dei presidi o il bisogno di ulteriori chiarimenti - addestramenti?**

Si

No

**Esponga qui eventuali commenti e suggerimenti per cambiare - migliorare l'uso dei presidi diagnostici e terapeutici per il diabete**