

Sardegna for you.



**Questionario per non diabetici.
Compila il retro e consegnalo ai responsabili
per calcolare il rischio di diabete**

SOS Diabete

Data: _____

COGNOME: _____

NOME: _____

COD. FISCALE: _____

DATA DI NASCITA: _____

ANNI: _____



Età

meno di 45 anni tra 55-64 anni

tra 45-54 anni oltre 65 anni

Altezza e Peso

Cm

Kg

Quanto spesso mangia frutta e verdura (almeno una porzione di entrambe a pasto)

Tutti i giorni

NON Tutti i giorni

Un medico le ha mai detto che aveva la glicemia alta? (in un esame del sangue, in una gravidanza, durante una malattia)

NO

SI

Fa almeno 30 minuti di esercizio fisico quasi tutti i giorni

NO

SI

Hai mai usato farmaci per la pressione

NO

SI

Qualcuno in famiglia ha il diabete

NO

SI genitori, fratelli, figli

SI nonni, zii, cugini

UOMO

Circonferenza vita

DONNA

Cm _____

Cm _____

Sei una donna che ha avuto un bambino che ha pesato Kg 4,100 alla nascita?

NO

SI

