**Encuesta para el familiar:**

1. Nombre y apellido del paciente: (opcional, puede poner sólo el nombre)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | ¿Tiene algún familiar con diabetes ya diagnosticado? | SI | NO |
| 3 | ¿Sentiste miedo cuando le diagnosticaron Diabetes Mellitus? |  |  |
| 4 | ¿Sintió angustia al enterarse? |  |  |
| 5 | ¿Ocasionó problemas familiares la situación? |  |  |
| 6 | ¿Toda la familia pudo adaptarse al tratamiento del paciente? |  |  |
| 7 | ¿Produjo cambios en lo cotidiano de la familia? |  |  |
| 8 | ¿La familia lleva la misma alimentación que el paciente o no? |  |  |
| 9 | ¿Todos los miembros de la familia saben cómo actuar ante episodios de hipo o hiperglucemia? |  |  |
| 10 | ¿Todos los miembros de la familia saben qué tipo de insulina utiliza el paciente? |  |  |
| 11 | ¿Todos los miembros de la familia saben las dosis de insulina que usa habitualmente el paciente? |  |  |
| 12 | El paciente ¿va sólo o acompañado al control médico? |  |  |
| 13 | El paciente ¿realiza los controles y las inyecciones solo o necesita ayuda? |  |  |
| 14 | ¿Presenta episodios de rebeldía rechazando el tratamiento? |  |  |
| 15 | ¿El niño/adolescente le presenta inquietudes-dudas? ¿Cuáles? |  |  |
| 16 | ¿Crees que la información que recibes sobre la enfermedad es suficiente? |  |  |
| 17 | ¿La familia se autoinformó sobre la diabetes? |  |  |

Muchísimas gracias por su tiempo y dedicación para contestar la encuestas y por ayudarnos en la realización de nuestro trabajo.

Atentamente alumnas de Licenciatura en Nutrición – Universidad Nacional del Litoral

Escandell, Macarena - Fachini, Virginia