**Encuesta para el paciente: (niño o adolescente)**

* Nombre y apellido: (opcional, puede sólo poner nombre)
* Sexo:
* Edad:
* Años de diagnóstico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SI | NO |
| 5 | ¿Sentiste miedo cuando te diagnosticaron Diabetes Mellitus I? |  |  |
| 6 | ¿Sentiste angustia al ser diagnosticado? |  |  |
| 7 | ¿Te sentís incómodo a la hora de ir a eventos, fiestas, reuniones? |  |  |
| 8 | ¿Te sentiste discriminado alguna vez por tu enfermedad? |  |  |
| 9 | ¿Sentiste que el trato de tu familia comenzó a ser diferente? (sobreprotección-aislamiento) |  |  |
| 10 | ¿Cambió tu relación con tus amigos? |  |  |

* En cuanto a la alimentación:

11. ¿Cuántas comidas realizas al día?

·           6 comidas al día               ……..

·           Más de 6 comida al día             ……..

·           Menos de 6 comidas al día ………

12.  ¿Salteas alguna comida? SI….  NO….     ¿Por qué?

13.  ¿Sentís la necesidad de comer cosas dulces? SI….  NO….

14.  ¿Consumís alimentos a escondidas? SI….     NO….   ¿Cuáles?

15.  ¿Comes lo mismo que toda la familia o tienes una dieta especial? SI….    NO….

16.  ¿Realizas comidas en la escuela? SI….  NO….

17. ¿Realizas picoteo entre comidas? SI….  NO….    ¿Qué alimentos ingerís?

18. ¿Consumís alimentos en la escuela?     SI….       NO….    ¿Cuáles?

19. ¿Consumís alcohol? SI….  NO….

20. ¿Realizas una alimentación variada? SI….       NO….

21. ¿Crees que llevas una correcta alimentación? SI….  NO….

22. ¿Consumís alimentos antes de realizar actividad física? SI….       NO….   ¿Qué?

23. ¿Consumís alimentos antes de realizar actividad física? SI….       NO….   ¿Qué?

24. ¿Tu alimentación es la misma ahora, que antes de ser diagnosticado? SI….       NO….

* En cuanto a la farmacoterapia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SI | NO |
| 25 | ¿Te realizas todos los controles de glucosa? |  |  |
| 26 | ¿Alguna vez te inyectaste más dosis de insulina de las que debías? |  |  |
| 27 | ¿Alguna vez te inyectaste menos dosis de insulina de las que debías? |  |  |
| 28 | ¿Buscas algún lugar privado para colocar las inyecciones? |  |  |
| 29 | ¿Rota los lugares del cuerpo para la colocación de la insulina? |  |  |

* En cuanto a la educación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SI | NO |
| 30 | ¿Crees que es importante para el tratamiento de DM? |  |  |
| 31 | ¿Tuviste información sobre la Diabetes Mellitus? **#** |  |  |
| 32 | ¿Participaste en algún taller informativo? |  |  |
| 33 | ¿Crees que solo sabe de Diabetes quien la padece? |  |  |
| 34 | ¿Sentís que la sociedad está desinformada? |  |  |
| 35 | ¿Tu familia te acompaño en el proceso de adaptación de la patología? |  |  |
| 36 | ¿Tu familia comprende lo que conlleva el tratamiento? |  |  |
| 37 | ¿Sabes las complicaciones que traen a largo plazo un mal manejo de la DM? |  |  |

**#** Pregunta N°31: en caso de ser la respuesta SI. ¿Quién te brindó esa información?

* En cuanto a la actividad físcia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SI | NO |
| 38 | ¿Crees que la actividad física es importante para el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo I? |  |  |
| 39 | ¿Realiza actividad física?   **¨** |  |  |
| 40 | ¿Consume alimentos antes de realizar actividad física? |  |  |
| 41 | ¿Consume alimentos después de realizar actividad física? |  |  |
| 42 | ¿Consume alimentos durante la actividad física? |  |  |
| 43 | ¿Presentó descompensaciones antes de realizar una actividad física? |  |  |
| 44 | ¿Presentó descompensaciones después de realizar una actividad física? |  |  |
| 45 | ¿Presentó descompensaciones durante  una actividad física? |  |  |

**¨** Pregunta N°39: en caso de ser la respuesta **SI**:

·         ¿Qué tipo de actividad realizas? (ver cuadro para identificar)**\***

·         ¿Cuánto tiempo dura la actividad?

·         ¿Cuántos días a la semana la realizas?

**\***Cuadro para identificar tipo de actividad física:

|  |  |
| --- | --- |
| TIPO DE ACTIVIDAD | ACTIVIDADES QUE ABARCA |
| SEDENTARIA | ·  Ningún tipo de actividad. |
| MODERADA | ·  Caminata rápida (30 minutos o menos).·  Bailar.·  Bajar las escaleras.·  Realización de juegos con niños.·  Pasear animales.·    |
| INTENSA | ·  Trotar o correr (45 minutos o más).·  Saltar la cuerda.·  Subir las escaleras.·  Andar en bicicleta de forma rápida.·  Aerobic.·  Natación.·  Danza.·  Tenis.·  Realizar deportes y juegos competitivos como: fútbol, básquet,  baloncesto, vóley, hockey, rugby.·  Entrenamientos: crosfit, entrenamiento funcional. |