

## TEST CZYNNIKÓW RYZYKA WYSTĄPIENIA STANU PRZEDCUKRZYCOWEGO I NIEZDIAGNOZOWANEJ CUKRZYCY

Szacuje się, że stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo, czyli wartość glukozy 100-125 mg/dl) oraz niezdiagnozowana cukrzyca dotyczą w Polsce co czwartej osoby w wieku prokreacyjnym.

Warto poznać czynniki ryzyka stanu przedcukrzycowego i niezdiagnozowanej cukrzycy oraz podjąć określone działania, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa cukrzycy w przyszłości.

### Proszę odpowiedzieć TAK lub NIE na poniższe pytania:

- |                              |                              |   |
|------------------------------|------------------------------|---|
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 1. Czy występuje lub występowała wcześniej u Ciebie nadwaga lub otyłość? (BMI ≥ 25)   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 2. Czy chorujesz na nadciśnienie tętnicze? (wartości ciśnienia większe lub równe 140/90)  |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 3. Czy w najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) występuje lub występowała cukrzyca?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 4. Czy miałeś(-aś) kiedykolwiek potwierdzony badaniem stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo: stężenie glukozy w granicach 100-125 mg/dl)? |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 5. Czy przebyłaś cukrzycę ciążową lub urodziłaś dziecko o masie ciała powyżej 4 kg?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 6. Czy przyjmujesz statyny, obniżające poziom cholesterolu?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 7. Czy częściej niż kiedyś zapadasz na infekcje, masz przewlekłe zmiany ropne skóry czy stany zapalne dróg moczowych?                                     |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 8. Czy odczuwasz ciągły głód i wzmożone pragnienie bardziej niż zwykle?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 9. Czy ostatnio schudłeś(-aś) bez zmiany nawyków żywieniowych i stylu życia?  |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 10. Czy ostatnio czujesz się zmęczony (-a) bardziej niż zwykle?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 11. Czy obserwujesz u siebie wzmożoną senność bardziej niż zwykle?  |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 12. Czy masz więcej niż 45 lat i regularnie palisz papierosy?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 13. Czy prowadzisz siedzący tryb życia, a Twój aktywność fizyczna jest sporadyczna?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 14. Czy pieczywo, które spożywasz jest głównie wysokoprzetworzone (białe), a nie z pełnego przemiaru?   |
| TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | 15. Czy warzywa i owoce spożywasz rzadziej niż 3 razy dziennie?   |

Jeśli większość Twoich odpowiedzi jest twierdząca (TAK) może to oznaczać, że jesteś w grupie zwiększonego ryzyka stanu przedcukrzycowego lub ukrytej cukrzycy.



Narodowy Fundusz Zdrowia

Informacje:

Telefoniczna Informacja Pacjenta

[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)

800-190-590