

Ngày: _____

Tham khảo kế hoạch này với bác sĩ của quý vị và yêu cầu bác sĩ điền vào những chỗ trống, ký tên và ghi ngày trên bản kế hoạch. Cho bác sĩ của quý vị xem xét lại bản kế hoạch này mỗi năm hoặc nhiều hơn nếu cần thiết.

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Số Thẻ Thành Viên#: _____

Tên Bác Sĩ: _____ Số ID của Bác Sĩ#: _____

Vùng Màu Xanh: “Tôi cảm thấy khỏe mạnh và lượng đường trong máu của tôi đang trong sự kiểm soát.”

- Chỉ số HbA1c của tôi dưới _____.
- Lượng đường trong máu trung bình của tôi dưới 150.
- Hầu hết lượng đường trong máu khi bụng đói của tôi đều dưới 140.

Chỉ số HbA1c: _____

Kế Hoạch Đối Phó: _____

Vùng Màu Vàng: “lượng đường trong máu của tôi có dấu hiệu cần được thay đổi.”

- Chỉ số HbA1c của tôi đang trong khoảng từ _____ tới _____.
- Lượng đường trong máu trung bình của tôi từ 150-210.
- Hầu hết lượng đường trong máu khi bụng đói của tôi đều dưới 180.

Kế Hoạch Đối Phó: _____

Vùng Màu Đỏ: “Tôi có cảm giác mình đang trong tình trạng nguy hiểm và tôi có một hoặc những triệu chứng sau đây.”

- Chỉ số HbA1c của tôi cao hơn _____.
- Lượng đường trong máu trung bình của tôi cao hơn 210.
- Hầu hết lượng đường trong máu khi bụng đói của tôi đều trên 180.

Kế Hoạch Đối Phó: _____

Hướng dẫn dành cho Bác Sĩ: Nếu bệnh nhân thường xuyên trong vùng màu đỏ, xem xét cách điều trị bằng insulin hoặc giới thiệu đến bác sĩ nội tiết.