

# محتوای آموزشی پزشک در برنامه پیشگیری و کنترل بیماری دیابت

## راهنمای بالینی ارزیابی، تشخیص بیماری دیابت

### ۱. بیماریابی افراد غربالگری شده

افرادی که هنگام ارزیابی اولیه قند خون مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر داشته باشند، پس از تعیین میزان خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی توسط کارشناس مراقب سلامت یا بهورز به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی معرفی (ارجاع غیر فوری) می‌شوند. وظیفه‌ی پزشک تشخیص بیماری، معاینه‌ی افراد، تأیید علائم و درخواست انجام آزمایش بیماریابی (طبق متن آموزشی) است.

### ۲. تشخیص

تشخیص بیماری براساس شرح حال و مثبت‌بودن آزمایش بیماریابی، طبق متن آموزشی و همچنین براساس مصوبه‌ی کمیته‌ی علمی-کشوری دیابت است.

— افرادی که بیمار تشخیص داده می‌شوند، ضمن آموزش باید مراقبت و درمان شوند و افرادی که قند ناشتای مساوی ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر دارند بعنوان "پره دیابتیک" به آموزش‌های لازم برای کنترل وزن و رژیم غذایی

- صحیح (طبق متن آموزشی) و حذف و کنترل عوامل خطر قابل حذف نظیر چاقی، فشار خون بالا و ترک سیگار نیاز دارند.
- بهترین راه تشخیص بیماری، OGTT یا آزمایش تحمل گلوکز است. در مراکز که امکان انجام OGTT وجود ندارد از دو نوبت آزمایش قند خون ناشتا (FBS) استفاده می‌شود (طبق دستورالعمل تشخیص).
- در فلوجارت بیماریابی (تیم دیابت) قسمت غربالگری دیابت بارداری مطابق با پروتکل قدیمی بر اساس آزمایش GCT (روش ۱) می‌باشد. این روش کماکان معتبر و قابل اجراء است اما پروتکل جدید مبتنی بر انجام آزمایش قند ناشتا و تحمل گلوکز با ۷۵ گرم گلوکز است (روش ۲) که در باکس شماره ۱ ملاحظه می‌شود. بدلیل آشنایی سیستم بهداشتی با روش اول در حال حاضر توصیه می‌شود همان روش مورد استفاده قرار گیرد، اما انتخاب روش غربالگری بستگی به نظر پزشک دارد.

### غربالگری دیابت حاملگی (روش ۱)

- انجام آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز با شرایط غیرناشتا در هفته‌های ۲۴-۲۸ حاملگی:
- اگر قند پلاسمای خون وریدی یک ساعت بعد از مصرف گلوکز کمتر از  $140 \text{ mg/dl}$  باشد، دیابت حاملگی منتفی است؛
- اگر قند پلاسمای خون وریدی یک ساعت بعد از مصرف گلوکز  $140 \text{ mg/dl}$  یا بیشتر باشد، مشکوک تلقی می‌شود و باید برای این فرد دوباره آزمایش تحمل گلوکز تا ۳ ساعت با ۱۰۰ گرم گلوکز در شرایط ناشتا انجام شود (OGTT استاندارد).
- برای انجام آزمایش تحمل گلوکز ۳ ساعته، باید بیمار حداقل ۳ روز قبل از آزمایش روزانه ۱۵۰-۲۰۰ گرم کربوهیدرات مصرف کند، و از نیمه‌شب قبل از روز آزمایش ناشتا باشد (حداقل ۸ ساعت)، درضمن نوشیدن آب در طی این مدت مانعی ندارد.
- اگر دو نمونه خون مساوی یا بیشتر از مقدارهای زیر باشد، آزمایش تحمل گلوکز مختل می‌شود.
- چنانچه GTT مختل باشد، فرد مبتلا به دیابت حاملگی است. اگر فقط یک نمونه از ۴ نمونه‌ی اندازه‌گیری مزبور غیرمعمول باشد، باید یک ماه دیگر در هفته‌های ۳۲-۳۶ حاملگی، دوباره OGTT سه ساعته با ۱۰۰ گرم گلوکز انجام شود. اگر دو نمونه یا بیشتر از ۴ نمونه اندازه‌گیری مزبور مختل باشد، آزمایش تحمل گلوکز مختل بوده و فرد به دیابت حاملگی مبتلا است. زنان باردار مبتلا به GDM باید تحت مراقبت ویژه قرار گیرند.

غربالگری دیابت بارداری (روش ۲)				باکس ۱:
تفسیر آزمون غربالگری	معیارهای آزمون غربالگری (میلی گرم / دسی لیتر)	شیوه آزمون غربالگری	زمان غربالگری	گروه هدف غربالگری
	ناشتا			
	۱ ساعت			
	۲ ساعت			
چنانچه یک نمونه از گلوکز پلاسمای وریدی خانم باردار بیشتر از مقادیر ذکر شده باشد، با تشخیص GDM به	$\geq 153$	$\geq 92$	OGTT با ۷۵ گرم گلوکز	هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری

### توضیحات در مورد دیابت بارداری:

برای کلیه خانم های باردار (اعم از کم خطر و پرخطر) که در اولین ملاقات وضعیت آن ها از نظر ابتلا به بیماری دیابت طی سه ماه قبل از بارداری نامشخص است، باید آزمایش قند خون ناشتا درخواست شود. تفسیر نتایج آزمایشات آن ها براساس جدول فوق است یعنی در صورتی که قند خون ناشتا بالای  $126 \text{ mg/dl}$  باشد آزمایش تکرار می شود و اگر مجدداً بیش از  $126 \text{ mg/dl}$  باشد به عنوان دیابت آشکار تحت درمان قرار می گیرند.

غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش های قند ناشتا در خانم های باردار کم خطر و پر خطر در ماه های اول بارداری یا اولین مراجعه، به عنوان دیابت آشکار (OVERT) تلقی می شود و تشخیص GDM برای خانم های باردار در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری صورت می گیرد. برای خانم های باردار پرخطر (High risk): آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز نیز درخواست می شود. مشخصات خانم های باردار پرخطر: سن بالای ۲۵ سال، نمایه توده بدنی پیش از بارداری مساوی یا بالاتر از ۳۰، سابقه مرده زایی یا ۲ بار سقط خودبخود یا تولد نوزاد با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه اختلال تحمل گلوکز، سابقه دیابت در بستگان درجه یک خانم های مبتلا به دیابت بارداری در هفته های ۶ تا ۱۲ پس از زایمان، مجدداً باید تحت آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز قرار گیرند و در صورتیکه قند خون دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز کماکان بیش از ۲۰۰ میلی گرم درصد باشد.

### ۳. درمان دیابت

نحوه درمان و کنترل عوارض در افراد مبتلا به دیابت متفاوت بوده و از توصیه های بهداشتی تا مصرف انواع داروها و انسولین متغیر است. در این کتاب مطالب آموزشی به صورت یک راهنمای کلی برای درمان دیابت ذکر شده است. بهتر است در درمان دیابت از چهارچوب دستورالعمل درمان مندرج در متون آموزشی پیروی شود و در صورت وجود استثنا، پزشک می تواند با پزشک متخصص سطح بالاتر یا مرکز دیابت مشورت و تصمیم گیری کند.

### ۴. مراقبت دیابت

- با توجه به اهمیت کاهش وزن و اصلاح شیوه زندگی در این بیماران، توصیه ی پزشک معالج در کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی، تغذیه ی مناسب و پیگیری هر سه ماه یکبار ضروری است.
- تمام بیماران باید حداقل ۳ ماه یکبار توسط پزشک معاینه شوند و در صورت نیاز، می توان این فاصله ی زمانی را کاهش داد.
- برای افرادی که IFG یا IGT هستند علاوه بر مداخلات آموزشی و درمانی سالانه باید آزمایش قند ناشتا یا OGTT درخواست شود.
- پزشک باید هر ماه از میزان قند خون یا  $\text{HbA}_{1c}$  بیمار مطلع باشد. بنابراین در مراقبت های سه ماه یکبار باید دستور انجام آزمایش خون ناشتای ماهانه و یک نوبت  $\text{HbA}_{1c}$  به بیمار ارائه شود. مقدار  $\text{HbA}_{1c}$  و تاریخ انجام آزمایش در فرم/نرم افزار باید ثبت شود.

- برای همه بیماران دیابتی ۴۰ ساله و بالاتر علاوه بر داروهای کاهنده قند خون باید یک داروی کاهنده چربی خون تجویز گردد. داروی انتخابی آتورواستاتین می باشد.
- مواردی که باید در مراقبت ۳ ماهه بررسی شود:
  - آزمایش قند پلاسمای ناشتا، دو ساعت پس از صرف غذا، در صورت امکان HbA<sub>1c</sub>
  - اندازه‌گیری فشار خون در حالت نشسته و ایستاده و ضربان نبض
  - اندازه‌گیری وزن
  - معاینه‌ی اندام تحتانی (طبق متن آموزشی)
  - پرسش درباره‌ی نوروپاتی (طبق متن آموزشی)
  - پرسش درباره‌ی علائم بیماری عروق کرونر (طبق متن آموزشی)
- بررسی میزان خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی و درمان عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر با استفاده از چارت محاسبه میزان خطر. در افرادی که ریسک قلبی عروقی بیش از ۳۰٪ دارند هدف کاهش میزان خطر به میزان کمتر از ۳۰٪ است و در صورتیکه این هدف علی‌رغم آموزش‌ها و تغییر شیوه زندگی و مصرف داروها میسر نگردد بیمار باید جهت بررسی تخصصی به سطح ۲ ارجاع شود.
- پرسش‌هایی درباره‌ی نحوه‌ی انجام درمان (فعالیت بدنی، حفظ وزن، رژیم غذایی صحیح، درمان دارویی)

**در صورتیکه علی‌رغم پیگیری تا شش ماه میزان خطر ده ساله حوادث قلبی عروقی در بیماران با خطر ۳۰٪ و بالاتر کاهش نیابد بیمار به سطح بالاتر (سطح ۲) ارجاع گردد.**

- عوارض تشخیص داده‌شده‌ی دیابت نظیر رتینوپاتی، نفروپاتی، بیماری قلبی عروقی (فشار خون، بیماری عروق کرونر و...) و نوروپاتی و پای دیابتی باید در هر معاینه بررسی و مراقبت شود. مراقبت در وحله‌ی اول طبق نظر پزشک با استفاده از دستورالعمل " راهنمای بالینی دیابت\* نسخه ۱۳۹۳ " انجام می‌گیرد.
- چنانچه طی پیگیری سه ماه یک‌بار یکی از عوارض دیررس (رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی و یا عوارض قلبی) مشاهده‌شود، باید فرد مبتلا به دیابت به سطح ۲ ارجاع غیرفوری شود.
- اندازه‌گیری کلسترول، تری‌گلیسیرید، HDL و LDL در صورت معمولی‌بودن، سالانه انجام می‌شود و در غیر این صورت با صلاح‌دید پزشک تحت درمان و پیگیری قرار می‌گیرد.

## ۵. آموزش

آموزش در تمام سطوح ۱ و ۲ به‌طور مستقیم زیر نظر پزشک انجام می‌شود. در صورت دسترسی به خدمات پرستاری و تغذیه، خدمات آموزشی توسط تیم دیابت متشکل از پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه در اختیار بیماران قرار می‌گیرد. نظارت بر آموزش و حسن اجرای آن به عهده پزشک است؛ نظارت پیوسته بر سطح

معلومات پرسنل از اجزای مهم آموزش است.

آموزش چهره‌به‌چهره به بیماران، با وجود وقت‌گیر بودن بسیار مؤثر است. کلاس‌های آموزشی با تعدادی از بیماران، برای بیماران و خانواده‌ی آنها بسیار مفید است. در صورتی که پرستار و کارشناس تغذیه بتوانند مطالب آموزشی را به‌نحو مطلوبی در اختیار بیماران و خانواده‌ی آنان، افراد در معرض خطر و دیگر افراد جامعه قرار دهند، پزشک فرصت بیشتری برای بررسی بیماران خواهد داشت. به‌طور کلی نظارت بر امر آموزش به عهده‌ی پزشک است.

## ۶. ارجاع بیماران به سطح ۲

- در صورتی که قندخون بیمار با دستورات درمانی نظیر تغذیه‌ی صحیح، انجام فعالیت بدنی همراه با داروها (خوراکی یا انسولین) کنترل نشود و پس از ۳ ماه اهداف درمانی حاصل نشود (موارد مقاوم به درمان یا کنترل نامنظم) باید به سطح ۲ (بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت) ارجاع شوند.
- تمام بیمارانی که در زمان تشخیص بیماری دچار درجه‌هایی از عوارض دیابت باشند، باید به سطح ۲ (بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت) ارجاع داده شوند.
- تمام افرادی که پس از تشخیص بیماری و یا در طول بیماری و درمان دچار درجه‌هایی از عوارض دیابت می‌شوند (بیماری قلبی-عروقی، نوروپاتی و پای دیابتی، رتینوپاتی، عوارض حاد و...)، طبق متن آموزشی باید به سطح ۲ (بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت) ارجاع شوند (فوری یا غیرفوری بر حسب مورد).
- تمام بیماران باید در بدو تشخیص و بر حسب مورد با توجه به زمان مناسب برای بیمار و هماهنگی با سطح بالاتر برای اقدام‌های تشخیصی بیشتر و جستجوی زودرس عوارض (در صورتی که بیمار آن عارضه را ندارد) طبق دستورالعمل ذیل به بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت ارجاع داده شوند:
  - انجام آزمایش ادرار ۲۴ ساعته برای جستجوی آلبومینوری، کراتینین و محاسبه GFR (تشخیص نفروپاتی)
  - معاینه‌های چشم‌پزشکی (تشخیص رتینوپاتی)
  - معاینه‌های نورولوژیک در بدو امر و در صورت وجود علائمی در هنگام بررسی وجود نوروپاتی در پیگیری‌های ۳ ماهه‌ی پزشک سطح ۱ (مرکز بهداشتی-درمانی)
  - معاینه‌ی قلبی-عروقی شامل نوار الکتروکاردیوگرام، معاینه‌ی عروقی، ارزیابی چربی‌های خون (کلسترول، تری‌گلیسیرید، HDL و LDL) در بدو تشخیص و سپس سالانه.

### الف - غیرفوری:

- ✚ کلیه بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده
- ✚ ارزیابی عوارض مزمن بیماران دیابتی (یک بار در سال)
- ✚ عدم کنترل قند خون علیرغم مداخلات دارویی و غیردارویی و موارد مقاوم به درمان
- ✚ دیابت بارداری یا بیمار دیابتی باردار (در برنامه مادر و کودک غربالگری می‌شوند).
- ✚ بیمار مبتلا به هایپر تانسیون یا دیس لیپیدمی مقاوم به درمان

بیمارانی که قبلاً ارجاع شده‌اند و با نظر پزشک متخصص سطح ۲ برای مراجعه مجدد نوبت‌دهی شده‌اند.

#### ب- فوری:

کاهش سطح هشیاری در بیمار دیابتی (علائم کتو اسیدوز یا کوما یا هایپراسمولار - هایپوگلیسمی

بیمار دچار عارضه قلبی عروقی

بروز عارضه کلیوی در بیمار دیابتی

بروز عارضه چشمی در بیمار دیابتی

وجود عارضه نوروپاتی در بیمار دیابتی

زخم پای دیابتی

در صورتی که بیمار دچار عارضه نباشد ضمن آموزش اصلاح شیوه‌ی زندگی و مشاوره‌ی تغذیه، میزان  $HbA_{1c}$  بیمار اندازه‌گیری می‌شود و طبق نتیجه به صورت زیر عمل می‌شود:

اگر  $HbA_{1c} < 9\%$  منوتراپی با متفورمین انجام شود.

اگر  $HbA_{1c} < 10\%$  تجویز متفورمین و سولفونیل اوره

اگر  $HbA_{1c} > 10\%$ ، ارجاع غیرفوری به سطح دوم برای اصلاح الگوی درمانی یا انسولین تراپی

پیگیری بیماران ارجاعی به عهده مسؤل پذیرش می‌باشد. در صورتی که از ارجاع غیرفوری بیش از سه ماه بگذرد و بیمار به سطح دو مراجعه نکرده باشد؛ بهورز یا مراقب سلامت، بعنوان مسؤل بیماران، باید علت عدم مراجعه بیمار را پیگیری کند و بیمار مجدداً ارجاع داده شود.

#### ۷. پژوهش

پژوهش در زمینه‌ی دیابت براساس اولویت‌های تعیین‌شده توسط کمیته‌ی علمی-کشوری دیابت و همگام با طرح‌های معاونت تحقیقات و فن‌آوری انجام می‌گیرد و پزشک باید با سایر پزشکان و سایر کارشناسان در این زمینه همکاری نماید.

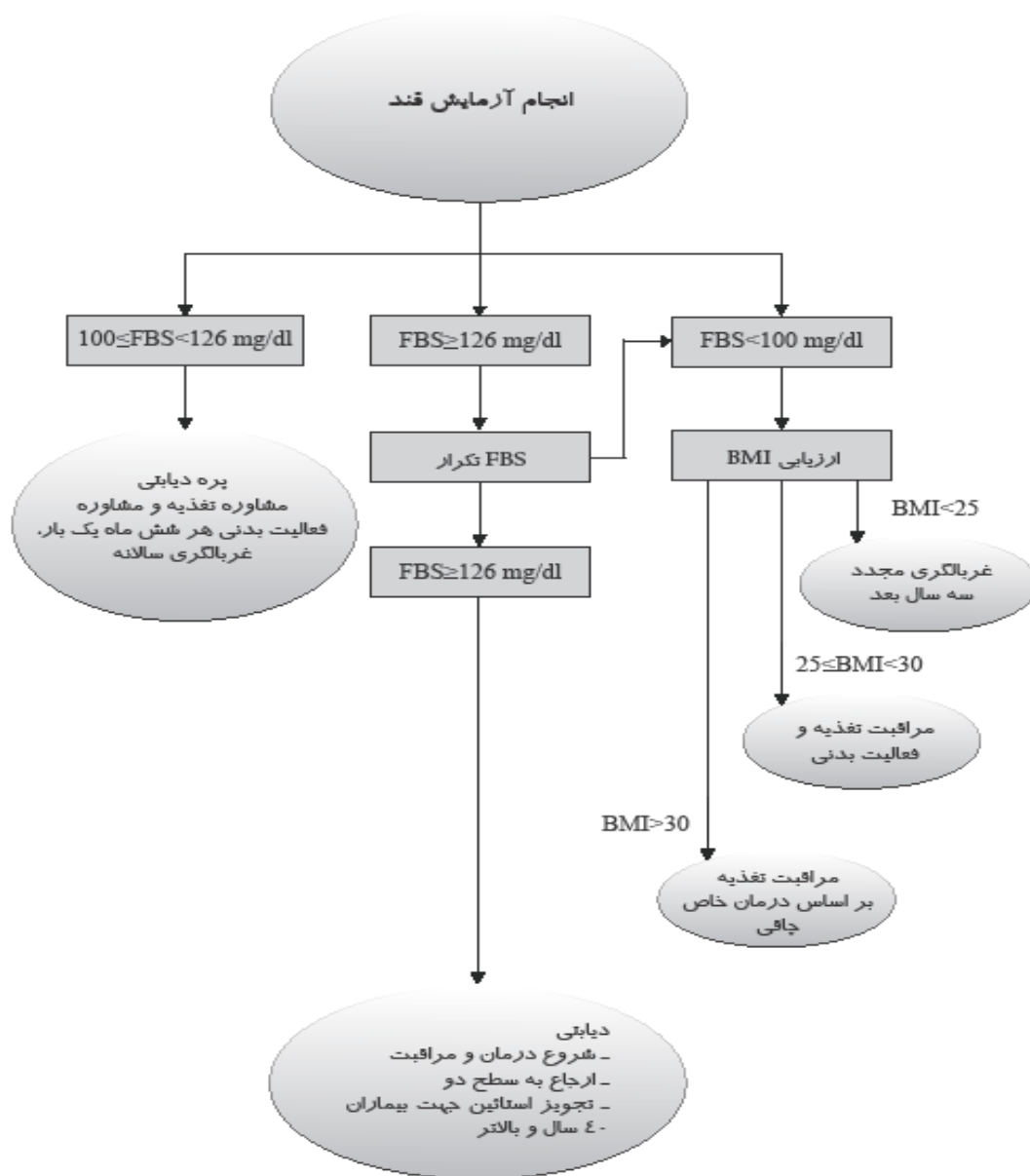
#### ۸. نظارت

پزشک باید بر فعالیت‌های بهورز، مراقب سلامت و کاردان نظارت دائمی داشته‌باشد.

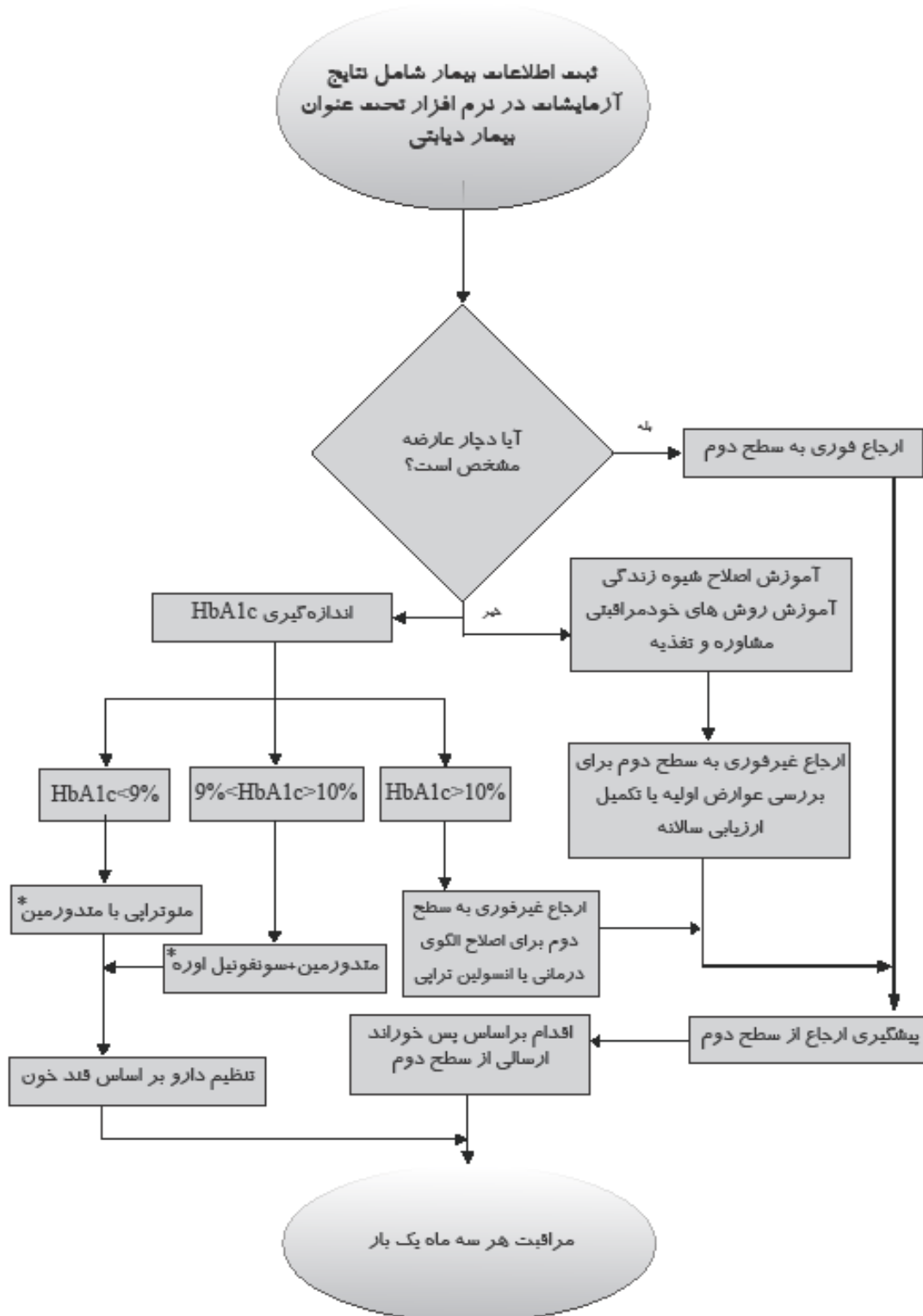
#### ۹. ارائه‌ی پس‌خوراند

ارائه‌ی پس‌خوراند دقیق و شفاف به سطوح پائینتر یکی از مهمترین وظایف پزشک است. پزشک باید دستورات و توصیه‌های درمانی را به زبان ساده برای بهورز، مراقب سلامت و کاردان توضیح‌دهد.

نمودار جریان فرآیند ارزیابی خدمات سطح اول جهت کنترل دیابت (بیماریابی)



نمودار جریان فرایند ارائه خدمات سطح اول جهت کنترل دیابت  
درمان و مراقبت بیمار دیابتی





خلاصه راهنمای دارویی کنترل قند خون در بیماران دیابتی نوع ۲

فرم دارویی	فارماکوپه ایران	دُر شروع	فواصل افزایش دُر و میزان آن	حداکثر دُر روزانه	درصد کاهش HbA1c	درصد کاهش قند خون ناشتا	درصد کاهش قند خون غیرناشتا	عوارض	منع مصرف
<b>گروه دارویی: بیگوانیدها - مکانسیم اثر: افزایش جذب گلوکز کبدی</b>									
متفورمین	۵۰۰ mg ۱۰۰۰ mg	یکبار در روز با غذای شب	در صورت تحمل با ۵۰۰ mg صبحانه افزوده شده در صورت نیاز هر ۱-۲ هفته ۵۰۰ mg اضافه شود	۲۵۰۰-۳۰۰۰ mg	۱-۲	۲۰	۲۰	مزه فلزی در دهان، بی‌اشتهایی، اسهال، ناراحتی شکمی، اسیدوز لاکتیک	کراتینین بالای ۱/۴ eGFR < ۳۰ شرایط مستعدکننده اسیدوز لاکتیک
<b>گروه دارویی: سولفونیل اوره‌ها - مکانسیم اثر: تحریک ترشح انسولین</b>									
گلی کلامید بی	۵ mg	۲/۵	هر ۲-۴ هفته ۵ میلی گرم افزایش دُر	۲۰ mg	۱-۲	۲۰	۲۰	هایپوگلیسمی، تهوع	کراتینین بالای ۲
گلیکلایزید	۳۰ ExR	۲/۵-۵	هر ۲-۴ هفته ۵ میلی گرم افزایش دُر	۴۰ mg	۱-۲	۲۰	۲۰	حساسیت به نور، اختلال در آزمون کبدی	کراتینین بالای ۲
<b>گروه دارویی: مهارکننده آلفاگلوکوزیداز - مکانسیم اثر: کاهش جذب روده ای گلوکز</b>									
آکاربوز	۲۵ mg ۵۰ mg ۱۰۰ mg	یک بار در روز قبل از وعده غذای اصلی	هر ۲ هفته ۲۵ میلی گرم اضافه شود	۳۰۰-۴۵۰ mg	۰/۵-۱	-	-	نفخ، اسهال، عوارض گوارشی	-
<b>گروه دارویی: تiazولیدین دیون‌ها - مکانسیم اثر: افزایش حساسیت به انسولین (کاهش مقاومت به انسولین)</b>									
پیوگلیتازون	۱۵ mg -۴۵ mg ۳۰	۱۵ mg روزانه	هر ۶-۸ هفته ۱۵ mg اضافه شود	۴۵ mg	۱-۱/۵	۴۰-۶۰ mg/dl	-	سمیت کبدی، افزایش وزن، ادم، اگزما	نارسایی قلبی، نارسایی کبدی
<b>گروه دارویی: مگلیتینیدها - مکانسیم اثر: تحریک ترشح انسولین</b>									
رپاگلینید	۰/۵ mg ۱-۲ Mg	قبل از هر وعده غذا	هر ۴ هفته ۱ mg اضافه شود	۴ mg قبل از هر وعده غذا	۱-۲	۲۵ mg/dl	-	هیپوگلیسمی	بیماری کبدی
							۶۴		کبدی و کلیوی

شرح حال و معاینه	آزمایشات	ایمونیزاسیون	مشاوره و کاهش عوامل خطر	ارزیابی مهارت های خود مراقبتی
فشار خون	HbA1c	واکسیناسیون آنفلوآنزا	ارتباط بیمار/پزشک	ارزیابی مهارت های خود مراقبتی
وزن و BMI	لیپید پروفایل ناشتا	واکسیناسیون پنوموکوک	مشاوره قبل از بارداری	فعالیت بدنی
مشاهده پاها	نسبت آلبومین به کراتینین ادرار در نمونه اتفاقی	مصرف دخانیات	مراقبت حین بارداری	تغذیه
معاینه دقیق پاها	محاسبه eGFR هم‌زمان با اندازه‌گیری کراتینین سرم	ارزیابی روانی	آسپیرین تراپی	ارزیابی داروها
معاینه رتین	حد اقل دو بار در سال	عملکرد جنسی	ACE Inhibitor/ARB	SMBG <sup>2</sup> (خودارزیابی)
معاینه دهان و دندان	بدو تشخیص و سپس سالانه	مشاوره قبل از بارداری	مستمر	اطمینان از انجام صحیح به منظور پیشگیری از هایپو و هایپرگلیسمی
تشخیص رتینوپاتی و ارجاع در صورت نیاز	براساس مراحل بیماری مزمن کلیه	مراقبت حین بارداری	مستمر	
ارزیابی دندان و لثه‌ها، آموزش مراقبت دهان و دندان، ارجاع به دندان‌پزشک در صورت نیاز	eGFR بیشتر از ۶۰	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
کمتر از ۷٪ و براساس شرایط فردی بیمار	یک بار در فصل پاییز	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
HDL $\geq$ ۵۰ - LDL $<$ ۱۰۰ - Chol $<$ ۱۰۰ - TG $<$ ۱۵۰ mg/dl	دز یادآور برای بیماران بالای ۶۴ سال یا افرادی که اولین دز خود را زیر ۶۵ سالگی بیش از ۵ سال قبل دریافت کرده‌اند، توصیه می‌شود.	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
در بیماران دچار عارضه بیماری قلبی عروقی LDL Chol $<$ ۷۰ mg/dl	براساس دستورالعمل ترک دخانیات	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
نسبت آلبومین به کراتینین نین ادرار کمتر از ۳۰ mg/gr	حمایت‌های مشاوره/گروه درمانی و ارجاع در صورت نیاز	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
محاسبه eGFR هم‌زمان با اندازه‌گیری کراتینین سرم	شرح حال و معاینه عملکرد و ارجاع در صورت نیاز	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
براساس شرایط فردی بیمار	HbA1c $<$ ۷٪ درح امکان قبل از اقدام به بارداری، بررسی داروها و نحوه استفاده آنها قبل و حین بارداری	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
حد اقل دو بار در سال	HbA1c $<$ ۶٪ با مراقبت از نظر هایپوگلیسمی، ارزیابی داروها، معاینه چشم در تریمستر اول	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
بدو تشخیص و سپس سالانه	در بیماران سابقه CVD به‌عنوان پیشگیری با دز ۷۵-۱۶۲ mg/daily	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
براساس مراحل بیماری مزمن کلیه	تجویز در بیماران غیرباردار دچار ابتلا هم‌زمان به فشار خون، درمان میکرو یا ماکروآلبومین‌اوری ACE Inhibitor/ARB	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
eGFR بیشتر از ۶۰	ارزیابی اهداف درمانی و توجیه بیمار/ تغییر شیوه زندگی	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
یک بار در فصل پاییز	ارزیابی فعالیت بدنی و تصحیح آن	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
واکسیناسیون آنفلوآنزا	در صورت BMI $>$ ۲۵ مشاوره تغذیه و رژیم غذایی	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
واکسیناسیون پنوموکوک	اطمینان از مصرف صحیح و تصحیح دز دارویی براساس ارزیابی بیمار	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
مصرف دخانیات	اطمینان از انجام صحیح به منظور پیشگیری از هایپو و هایپرگلیسمی	مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
ارزیابی روانی		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
عملکرد جنسی		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
مشاوره قبل از بارداری		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
مراقبت حین بارداری		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
آسپیرین تراپی		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
ACE Inhibitor/ARB		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
ارتباط بیمار/پزشک		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
فعالیت بدنی		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
تغذیه		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
ارزیابی داروها		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	
SMBG <sup>2</sup> (خودارزیابی)		مشاوره و کاهش عوامل خطر	مستمر	

پیگیری و مراقبت افراد دیابتیک توسط کارشناسان:

کارشناس تغذیه:

فواصل مراجعه: ماهانه در ۶ ماه نخست سپس هر ۶ تا ۱۲ ماه

آموزش بیماران دیابتی از نظر کنترل وزن، ارائه رژیم غذایی، آموزش رژیم جانشینی و واحدی

کارشناس سلامت روان:

فواصل مراجعه: در ابتدای تشخیص و براساس نظر پزشک و کارشناس سلامت روان با توجه به وضعیت روحی بیمار

بررسی وضعیت بیمار از نظر ابتلا به افسردگی و اضطراب و تعیین لزوم ارجاع به روانپزشک پس از مشورت با پزشک

درمانگاه، بررسی عوامل خطر ساز در سلامت روان بیمار که در کنترل دیابت نقش دارد.