

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) می شوند. 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 مثبت بودن آزمایش بیماریابی، طبق متن آموزشی و همچنین براساس مصوبه‌ی کمیته‌ی علمی-کشوری دیابت است.

— افرادی که بیمار تشخیص داده می شوند، 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 آموزش های 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 مراکزی که امکان انجام OGTT وجود ندارد از دو نوبت آزمایش قند خون ناشتا (FBS) استفاده می شود (طبق دستورالعمل تشخیص).

— در فلوجارت بیماریابی (تیم دیابت) قسمت غربالگری دیابت بارداری مطابق با پروتکل قدیمی بر اساس آزمایش GCT (روش ۱) می باشد. 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. دلیل آشنایی سیستم بهداشتی با روش اول در حال حاضر توصیه می شود 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 هفته های ۲۴-۲۸ حاملگی:

— اگر قند پلاسمای خون وریدی یک ساعت بعد از مصرف گلوکز کمتر از ۱۴۰mg/dl باشد، دیابت حاملگی منتفی است؛

— اگر قند پلاسمای خون وریدی یک ساعت بعد از مصرف گلوکز ۱۴۰mg/dl یا بیشتر باشد، مشکوک تلقی می شود 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 نیمه شب 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 مقادیرهای زیر باشد، آزمایش تحمل گلوکز مختل می شود.

— چنانچه GTT مختل باشد، فرد مبتلا به دیابت حاملگی است. اگر فقط یک نمونه از ۴ نمونه ای اندازه گیری مزبور غیرمعمول باشد، باید یک ماه دیگر در هفته های ۳۲-۳۶ حاملگی، دوباره OGTT سه ساعته با ۱۰۰ گرم گلوکز انجام شود. اگر دو نمونه یا بیشتر از ۴ نمونه اندازه گیری 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	≥۱۵۳ ≥۱۸۰	OGTT با ۷۵ گرم گلوکز	هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	همه خانم های باردار

توضیحات درمورد 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 ۱۲۶ mg/dl باشد آزمایش تکرار می شود و اگر مجدداً بیش از ۱۲۶ 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 HbA_{1c} بیمار مطلع باشد. بنابراین در مراقبت های سه ماه یکبار باید دستور انجام آزمایش خون ناشتای ماهانه و یک نوبت HbA_{1c} به بیمار ارائه شود. مقدار 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_{1c}
 - اندازه گیری فشار خون در حالت نشسته و ایستاده و ضربان نبض
 - اندازه گیری وزن
 - معاینه ی اندام تحتانی (طبق متن آموزشی)
 - پرسش درباره ی نوروپاتی (طبق متن آموزشی)
 - پرسش درباره ی 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 آموزش ها و تغییر شیوه زندگی و مصرف داروها میسر نگردید بیمار باید جهت بررسی تخصصی به سطح ۲ ارجاع شود.
- پرسش هایی درباره ی نحوه ی 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 داده شده ی 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 وحله ی اول طبق نظر پزشک با استفاده از دستورالعمل "راهنمای بالینی دیابت" نسخه ۱۳۹۳ انجام می گیرد.
- چنانچه طی پیگیری سه ماه یکبار یکی از عوارض دیررس (رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی و یا عوارض قلبی) مشاهده شود، باید فرد مبتلا به دیابت به سطح ۲ ارجاع غیرفوری شود.
- اندازه گیری کلسترول، تری گلیسیرید، HDL و LDL در صورت معمولی بودن، سالانه انجام می شود و در غیر این صورت با صلاح دید پزشک تحت درمان و پیگیری قرار می گیرد.

۵. آموزش

آموزش در تمام سطوح ۱ و ۲ به طور مستقیم زیر نظر پزشک انجام می شود. 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 قند خون 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 برحسب مورد).
- تمام بیماران باید در بدو تشخیص و برحسب 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، LDL و HDL) 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 هایپرتانسیون یا دیس‌لیپیدمی مقاوم به درمان

✚ بیماران 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 کتواسیدوز 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 $HbA_{1c} < 9\%$ منورایی با متفورمین انجام شود.

✚ اگر $9\% < HbA_{1c} < 10\%$ 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 مسئول 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 مسئول 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.

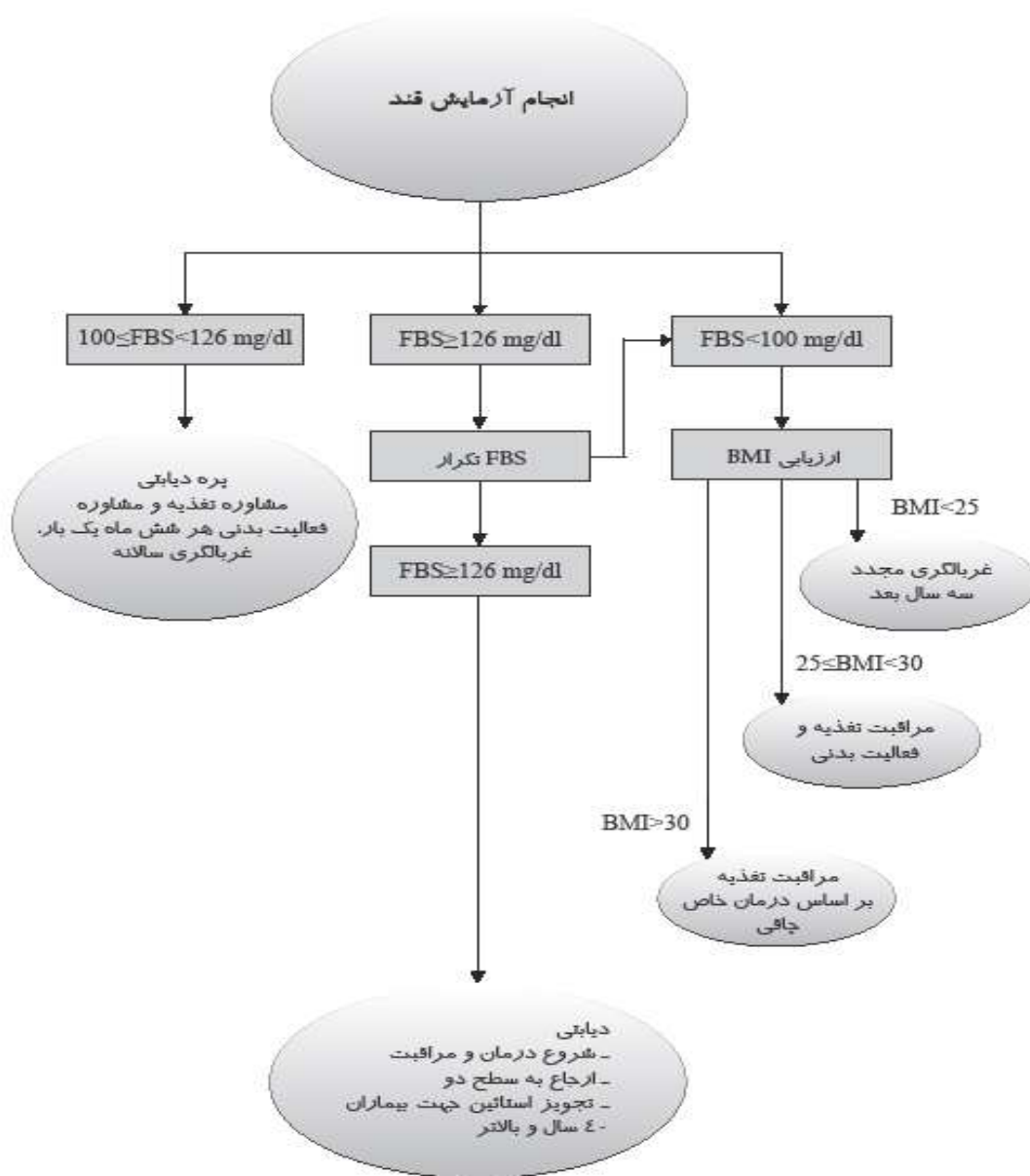
۸. نظارت

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

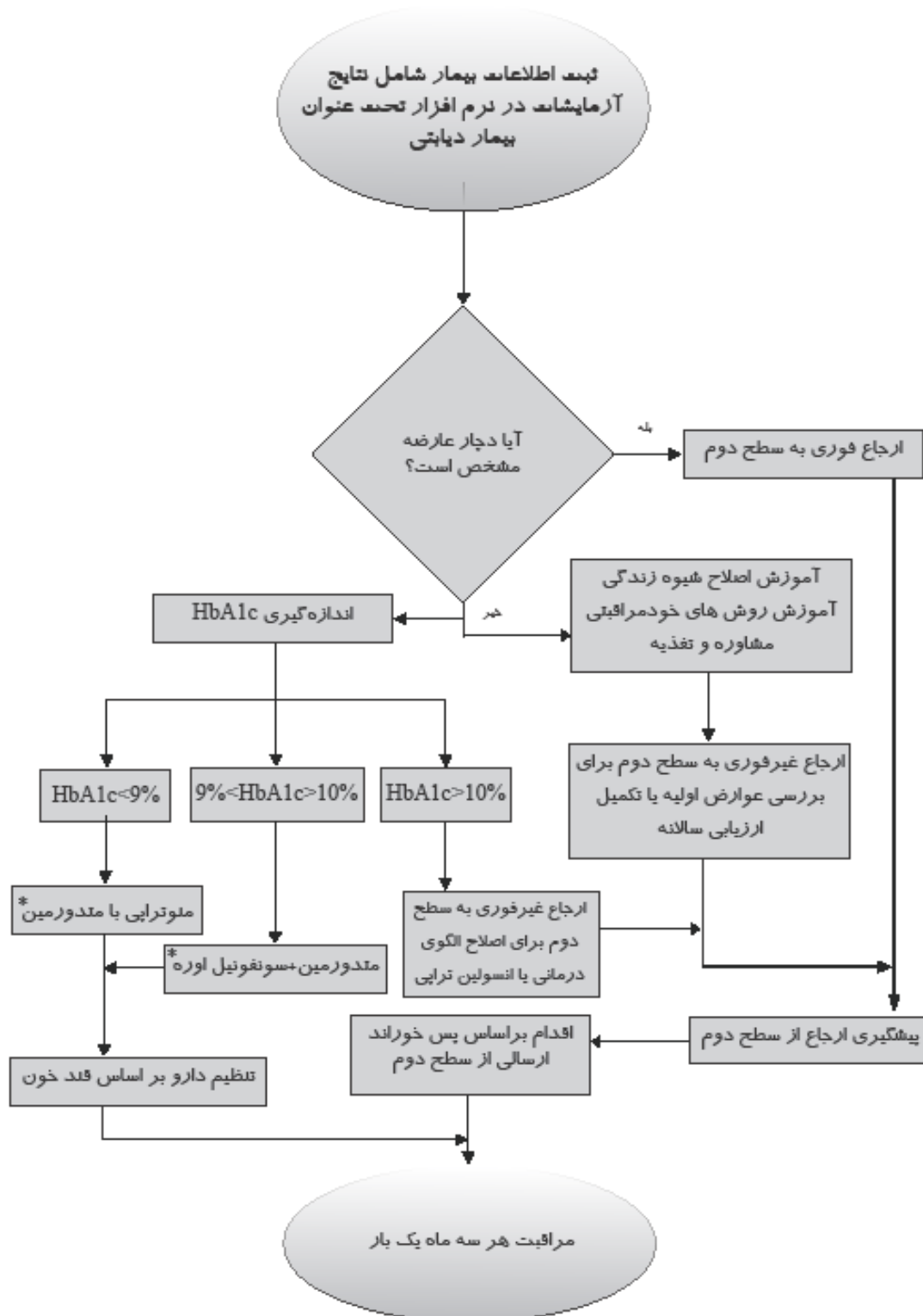
۹. ارائه‌ی پس‌خوراند

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 فرایند ارزیابی خدمات سطح اول جهت کنترل دیابت (بیماریایی)



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
گروه دارویی: بیگوانیدها – مکانسیم اثر: افزایش جذب گلوکز کبدی									
متفورمین	۵۰۰ mg ۱۰۰۰ mg	۵۰۰ 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	۲-۱	۲۰	۲۰	مزه فلزی در دهان، بی‌اشتهایی، اسهال، ناراحتی شکمی، اسیدوز لاکتیک	کراتینین بالای ۱/۴ eGFR ¹ <30 شرایط مستعدکننده اسیدوز لاکتیک
گروه دارویی: سولفونیل اوره‌ها – مکانسیم اثر: تحریک ترشح انسولین									
گلی بی کلامید	۵ mg	۲/۵	هر ۴-۲ هفته ۵ میلی گرم افزایش دُر	۲۰ mg	۲-۱	۲۰	۲۰	هایپوگلیسمی، تهوع	کراتینین بالای ۲
گلیکلایزید	۳۰ ExR	۲/۵-۵	هر ۴-۲ هفته ۵ میلی گرم افزایش دُر	۴۰ mg	۲-۱	۲۰	۲۰	حساسیت به نور، اختلال در آزمون کبدی	کراتینین بالای ۲
گروه دارویی: مهارکننده آلفاگلوکوزیداز – مکانسیم اثر: کاهش جذب روده ای گلوکز									
آکاربوز	۵۰ mg ۱۰۰ mg	۲۵ mg یک بار در روز قبل از وعده غذای اصلی	هر ۲ هفته ۲۵ میلی گرم اضافه شود	۳۰۰-۴۵۰ mg	۵-۱/۱	-	-	نفخ، اسهال، عوارض گوارشی	-
گروه دارویی: تiazولیدین دیون‌ها – مکانسیم اثر: افزایش حساسیت به انسولین (کاهش مقاومت به انسولین)									
پیوگلیتازون	۱۵ mg ۴۵-۳۰ mg	۱۵ mg روانه	هر ۸-۶ هفته ۱۵ mg اضافه شود	۴۵ mg	۵-۱/۱	۶۰-۴۰ mg/dl	-	سمیت کبدی، افزایش وزن، ادم، آگزما	نارسایی قلبی، نارسایی کبدی
گروه دارویی: مگلیتینیدها – مکانسیم اثر: تحریک ترشح انسولین									
رپاگلینید	۰/۵ mg ۲-۱ Mg	۰/۵mg قبل از هر وعده غذا	هر ۴ هفته ۱mg اضافه شود	۴ mg قبل از هر وعده غذا	۲-۱	۲۵ mg/dl	-	هیپوگلیسمی	بیماری کبدی
							۶۴		کبدی و کلیوی

شرح حال و معاینه	آزمایش	فواصل مراقبت	اهداف مراقبتی	سطح خدمات
شرح حال و معاینه	فشار خون	هر بار ویزیت	کمتر از ۱۳۰/۸۰ با توجه به شرایط خاص فردی	سطح اول
	BMI و وزن	هر بار ویزیت	$18/5 \leq BMI < 25$	سطح اول
	مشاهده پاها	هر بار ویزیت	معاینه پاها از نظر وجود علایم فشار یا خراش برای پیشگیری از زخم و عفونت، آموزش خود مراقبتی به بیمار	سطح اول
	معاینه دقیق پاها تست منوفیلانمان یا دیاپازون	سالانه	معاینه حسی، حرکتی و عروقی بدون کفش و جوراب، در صورت کاهش حس آموزش مراقبت پیشرفته به بیمار داده شود.	سطح دوم
	معاینه رتین	سالانه (سابقه بیش از ۱۰ سال بیماری یا در حضور عوارض هر ۶ ماه)	تشخیص رتینوپاتی و ارجاع در صورت نیاز	سطح دوم
	معاینه دهان و دندان	هر شش ماه	ارزیابی دندان و لثه‌ها، آموزش مراقبت دهان و دندان، ارجاع به دندان‌پزشک در صورت نیاز	توصیه توسط سطح اول
آزمایشات	HbA1c	۲-۴ بار در سال	کمتر از ۷٪ و براساس شرایط فردی بیمار	سطح اول
	لیپید پروفایل ناشتا	حداقل دوبار در سال	$HDL \geq 50 - LDL < 100 - Chol < 100 - TG < 150 \text{ mg/dl}$ در بیماران دچار عارضه بیماری قلبی عروقی $LDL Chol < 70 \text{ mg/dl}$	سطح اول
	نسبت آلبومین به کراتینین ادرار در نمونه اتفاقی	بدو تشخیص و سپس سالانه	نسبت آلبومین به کراتینی نین ادرار کمتر از ۳۰ mg/gr	سطح اول/دوم
	محاسبه eGFR هم‌زمان با اندازه‌گیری کراتینین سرم	براساس مراحل بیماری مزمن کلیه	eGFR بیشتر از ۶۰	سطح اول/دوم
ایمونیزاسیون	واکسیناسیون آنفلوآنزا	سالانه	یک بار در فصل پاییز	توصیه توسط سطح اول
	واکسیناسیون پنوموکوک	یک بار	دُر یادآور برای بیماران بالای ۶۴ سال یا افرادی که اولین دُر خود را زیر ۶۵ سالگی بیش از ۵ سال قبل دریافت کرده‌اند، توصیه می‌شود.	
مشاوره و کاهش عوامل خطر	مصرف دخانیات	سالانه/مستمر	براساس دستورالعمل ترک دخانیات	
	ارزیابی روانی	سالانه/مستمر	حمایت‌های مشاوره/گروه درمانی و ارجاع در صورت نیاز	
	عملکرد جنسی	سالانه/مستمر	شرح حال و معاینه عملکرد و ارجاع در صورت نیاز	سطح دوم
	مشاوره قبل از بارداری	بدو تشخیص/مستمر	$HbA1c < 7\%$ در حد امکان قبل از اقدام به بارداری، بررسی داروها و نحوه استفاده آنها قبل و حین بارداری	سطح اول/دوم
	مراقبت حین بارداری	بدو تشخیص/مستمر	$HbA1c < 6\%$ با مراقبت از نظر هایپوگلیسمی، ارزیابی داروها، معاینه چشم در تریمستر اول	سطح اول/دوم
	آسپیرین تراپی	مستمر	در بیماران سابقه CVD به‌عنوان پیشگیری با دُر ۷۵-۱۶۲ mg/daily	سطح اول/دوم
	ACE Inhibitor/ARB	مستمر	تجویز در بیماران غیرباردار دچار ابتلا هم‌زمان به فشار خون، درمان میکرو یا ماکروآلبومین‌وری ACE Inhibitor/ARB	سطح اول/دوم
	ارتباط بیمار/پزشک	بدو تشخیص/مستمر	ارزیابی اهداف درمانی و توجیه بیمار/تغییر شیوه زندگی	سطح اول
ارزیابی مهارت‌های خودمراقبتی	فعالیت بدنی	بدو تشخیص/مستمر	ارزیابی فعالیت بدنی و تصحیح آن	سطح اول
	تغذیه	بدو تشخیص/مستمر	در صورت $BMI > 25$ مشاوره تغذیه و رژیم غذایی	سطح اول
	ارزیابی داروها	بدو تشخیص/مستمر	اطمینان از مصرف صحیح و تصحیح دُر دارویی براساس ارزیابی بیمار	سطح اول

سطح اول	اطمینان از انجام صحیح به منظور پیشگیری از هایپو و هایپرگلیسمی	بدون تشخیص/مستمر	SMBG ² (خودارزیابی)	
---------	---	------------------	--------------------------------	--

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.