

vi.

---

2. 性别?             女                             男

3. 年龄? \_\_\_\_\_

4. 体重? \_\_\_\_\_

5. 身高? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

xxi.

xxii. 该问卷是自愿的，且完全匿名。如果您选择不参加，您的治疗不会受到任何影响。我们邀请注射胰岛素或其他糖尿病药物至少 6 个月的患者参加该问卷调查。您提供的信息将用于改进注射患者的培训和教育以达到控制糖尿病的目的。

xxiii.

ii.

iv.

iv.

iv.

v.

6. 您将如何描述自己

- 自行注射的成人（大于等于 18 岁）
- 自行注射的青少年（13-17 岁）
- 自行注射的儿童（<13 岁）
- 为孩子进行注射的父母

i.

7. 您患糖尿病多长时间了？

- > 6 个月但<1 年—指出月数：\_\_\_\_\_ 月
- ≥1 年— 指明年数：\_\_\_\_\_ 年

i.

8. 多大年纪时被诊断为糖尿病\_\_\_\_\_岁

i.

9. 目前采用哪种方案治疗糖尿病（以及多长时间）？（可多选）

- 药片（\_\_\_\_\_年或\_\_\_\_\_月）
- 胰岛素\_\_\_\_\_年或\_\_\_\_\_月）
- GLP-1 受体激动剂如百泌达或诺和力（\_\_\_\_\_年或\_\_\_\_\_月）

i.

10. 你使用哪种设备进行注射（可多选）

- 注射器
- 笔
- 其他 (例，胰岛素泵)

i.

ii.

11. 您每天注射几次？

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 多于 7

i.

12. 您目前使用多长的针头进行注射（可多选）

- 12.7 mm
- 12 mm
- 10 mm
- 8 mm
- 6 mm
- 5 mm
- 4.5 mm
- 4mm
- 不知道

i.

13. 从您开始注射起是否换过针头的长度？

- 是
- 否

i.

14. 如果是，您为什么改变针头长度（可多选）？

- 使注射更舒适
- 降低肌肉注射的风险
- 降低低血糖风险
- 不知道

i.

15. 您在哪个部位注射（可多选）？

- 腹部
- 大腿
- 臀部
- 上臂

i.

16. 如果你在多于一个部位注射，请根据您每个部位的注射频率进行排序：最常用填写 1，较常用填写 2，以此类推？

i.

\_\_\_\_\_ 腹部

ii.

\_\_\_\_\_ 大腿

iii.

\_\_\_\_\_ 臀部

iv.

\_\_\_\_\_ 上臂

v.

17. 您是如何选择在哪个部位注射的？

- 我总在每天的同一时间在相同部位注射（例，早上总是在腹部）
- 我一整天都在同一部位注射
- 我有几天在同一部位注射
- 我根据自身体力活动选择注射部位
- 我根据自己的轮转注射表（或计划）选择注射部位
- 关于注射部位我没有特定的注射规律
- 我选择疼痛最小的注射部位。

i.

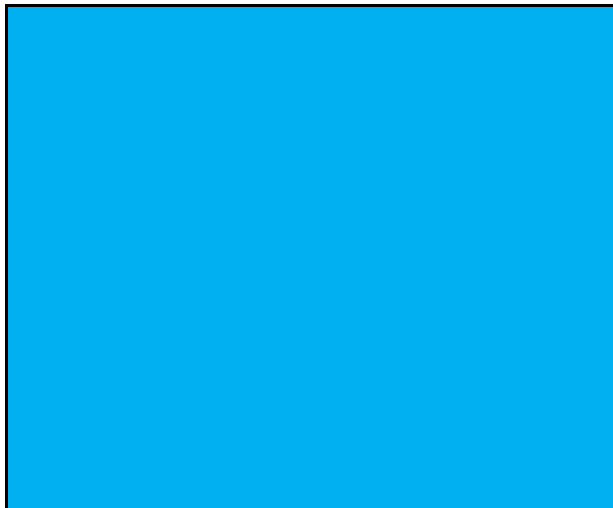
ii.

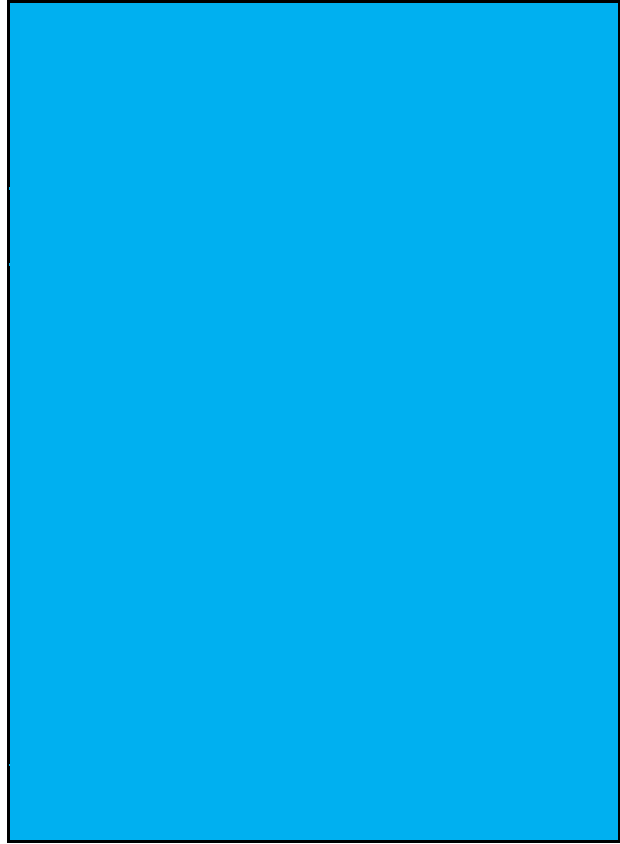
17. 在问题 14 中，您指出了采用的注射部位。在下框中，请选择最能代表您注射面积大小的选项

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

xii.  
 xiii.  
**xiv. a)明信片大小**  
 xv.  
 xvi.  
 xvii.  
 xviii.  
 xix.  
 xx.  
 xxi.  
 xxii.  
 xxiii.  
 xxiv.  
 xxv.  
 xxvi.  
 xxvii.  
 xxviii.  
 xxix.  
 xxx.  
 xxxi.

xxxii.





lxviii.

18. 您轮换注射部位吗？

- 是
- 否

i.

19. 如果是，您如何描述您的轮换方法（可多选）

- 我在身体右侧和左侧之间来回轮换
- 我从一个部位换到另一个部位
- 我这次注射部位离上次注射部位大约一指宽度（1cm）。
- 我围着注射部位一圈进行注射
- 我在注射范围内沿着一条线注射

i.

20. 在您常用的注射部位皮肤下是否存在已持续了一定时间（数周，数月或数年）的肿块？

- 是
- 否

i.

21. 如果是，在哪个部位？

- 腹部
- 大腿
- 臀部
- 上臂

- i.
- 22.**您在肿块上注射过吗?
- 经常
  - 有时
  - 从不
- i.
- 23.**如果是,请指明您为什么在这上面进行注射(可多选)
- 方便
  - 疼痛少
  - 只是一种习惯(我总在这上面注射)
  - 不知道
- i.
- 24.**如果您使用胰岛素笔,您将活塞完全推进去后多长时间才将针头拔出?
- < 5 秒
  - 5 – 10 秒
  - > 10 秒
  - 我没在意过多长时间
- i.
- 25.**注射前,您用消毒剂(例,酒精棉片)清洁皮肤吗?
- 是
  - 否
- i.
- 26.**将针头插入药水瓶之前或将胰岛素笔针头装进笔之前,您是否使用消毒剂(例酒精棉片)消毒瓶塞/笔塞?
- 是
  - 否
- i.
- 27.**如果您使用胰岛素笔,您是否重复使用胰岛素笔用针头?
- 是
  - 否
- i.
- 28.**如果是,同一胰岛素笔用针头您使用几次?
- 2 次
  - 3 至 5 次
  - 6 至 10 次
  - 多于 10 次
- i.
- 29.**如果您使用胰岛素针头多于 1 次,您为什么这么做(可多选)?
- 因为您没有其他可用的胰岛素笔用针头
  - 为了省钱
  - 为了避免过多浪费(对环境的关心)
  - 为了方便

- i.
30. 如果您使用注射器，您是否重复使用注射器？
- 是
  - 否
- i.
31. 如果是，同一注射器您使用多少次？
- 2 次
  - 3 至 5 次
  - 6 至 10 次
  - 多于 10 次
- i.
32. 如果您使用注射器多于 1 次，您为什么这么做（勾选所有合适的答案）？
- 因为您没有其他可用的注射器
  - 为了避免过多浪费（对环境的关心）
  - 为了方便
- i.
33. 您注射时曾感觉到疼痛吗？
- 是
  - 否
- i.
34. 如果是，您如何描述您的注射？
- 总是痛
  - 经常痛（一周数次）
  - 有时很痛（一月数次）
  - 几乎从来没痛过（一年数次）
- i.
35. 当您感觉到注射疼痛时，您认为是什么原因？（可多选）
- 注射部位（例，我打到了神经）
  - 注射的量或体积
  - 我使用了用过的针头
  - 我的注射技术不正确
  - 注射药物的温度
  - 我不知道
- i.
36. 您的注射部位曾经有过出血或淤青吗？
- 是
  - 否
- i.
37. 如果是，多长时间出现一次出血或淤青？
- 总是
  - 经常（一周数次）
  - 有时（一月数次）
  - 几乎没有（一年数次）
- i.

38. 您是否曾经观察到注射部位的胰岛素漏液现象？

- 是
- 否

i.

39. 如果是，多长时间出现一次皮肤漏液现象？

- 总是
- 经常（一周数次）
- 有时（一月数次）
- 几乎没有（一年数次）

i.

40. 注射后，有胰岛素从您的针头滴下或漏出吗？

- 是
- 否

i.

41. 如果是，您多长时间看到一次胰岛素从针头漏出？

- 每次注射
- 经常（一周数次）
- 有时（一月数次）
- 几乎没有（一年数次）

i.

42. 您是否曾经隔着衣服注射？

- 是
- 否

i.

43. 如果是，您隔着衣服注射的频率如何？

- 总是
- 经常（一周数次）
- 有时（一月数次）
- 几乎没有（一年数次）

i.

44. 如果您使用云雾状的胰岛素（中效胰岛素、N 或预混胰岛素），使用前，您会重新混匀胰岛素吗？

- 是
- 否

i.

45. 如果是，您在注射前平均摇晃和或颠倒胰岛素笔或胰岛素药瓶几次？ \_\_\_\_\_

i.

46. 您开启胰岛素笔或药水瓶前，您将胰岛素储存在哪里？

- 冰箱
- 浴室、钱包、抽屉或其他 – 室温

i.

47. 您开启胰岛素笔或药水瓶后，您将胰岛素储存在哪里？

- 冰箱
- 浴室、钱包、抽屉或其他 – 室温

i.



48. 如果您将正在使用的胰岛素放在冰箱里，注射前，您会将胰岛素回暖至室温吗？

- 是
- 否

i.

49. 您曾使用过过期的胰岛素药瓶或胰岛素笔芯吗？

- 是
- 否
- 我通常不记录胰岛素的有效期

i.

50. 您如何处理使用过的胰岛素笔针头/注射器？

- 放入一个专门放置锐器的容器
- 放入一个家用容器如一个空瓶子
- 扣上针帽放入垃圾桶
- 不扣针帽 放入垃圾桶
- 我剪掉针头，针头留到剪刀上

i.

51. 如果您将针头放入一个容器，您如何处理这个容器？

- 将它仍进垃圾桶
- 将它带给药剂师
- 将它带到医生办公室
- 将它带到实验室
- 将它带到医院或诊所
- 将它带到当地放置点或废物收集服务处
- 以上都不是

i.

52. 您曾遗漏过注射吗？

- 是
- 否

i.

53. 如果是，这种情况多久发生一次？

- 经常（每周几次）
- 有时（每月几次）
- 几乎从不（每年几次）

i.

54. 遗漏注射最常见的原因是什么？（可多选）

- 忘记了
- 没有吃饭
- 生病了（例，恶心或呕吐）
- 不想打
- 血糖太低

i.

55. 谁教给您如何注射的？

- 全科护士
- 糖尿病护士
- 糖尿病教育者
- 医生（全科医生）
- 医生（糖尿病专家）
- 药剂师
- 胰岛素笔或针头生产商的代表

56. 护士或医生多久检查一次您的注射部位？

- 每次随访常规检查。频率：每\_\_\_\_\_月
- 每年一次
- 只有当我抱怨注射部位有问题时
- 我不记得是否注射部位被检查过

57. 以下选项中，如果您已经在注射教育时学习过，则请在前一列勾选是；对于您觉得还需接受更多的培训的选项，请勾选后一列。

i.

注射部位（例如大腿、上臂、臀部、腹部）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮肤厚度和合适的注射深度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
针头长度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如何捏皮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
捏皮保持多久	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
进针角度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注射完毕后针头在皮肤内保持多长时间	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在一个注射部位如何进行轮换	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
预防气泡（注射器）或正确安装胰岛素笔用针头	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在注射器内混合胰岛素（注射器使用者）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
混匀胰岛素	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不重复使用胰岛素笔用针头/注射器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
安全处理锐器（胰岛素笔用针头，注射器）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. 您最后一次接受或复习注射指导是什么时候？

- 过去 6 个月内
- 过去 6-12 个月内
- 过去 1-5 年内某个时间
- 过去 5-10 年某个时间
- 从没有过

i.  
ii.

59. 在过去 6 个月内您是否发生过低血糖症（低血糖）

- 是
- 否

i.

60. 如果是，在过去 6 个月您发生过多少次需要他人帮助的严重低血糖？

- 从未
- 1 至 2 次
- 3 至 5 次
- 多于 5 次

i.

61. 在任何一次低血糖事件发生时您需要救护车或去医院/门诊吗？

- 是
- 否

i.

62. 您多久扎一次手指检测血糖？

- 每天大于 4 次
- 每天 3 至 4 次
- 每天 1 至 2 次
- 每周数次
- 很少或从不测血糖

i.

63. 您曾经因为糖尿病酮症酸中毒(DKA 或糖尿病性昏迷)被送进医院、急诊室或诊所吗？

- 是
- 否

i.

64. 如果是，请说明 DKA 住院的时间

- 只在初次诊断糖尿病时有过 DKA
- 有过 DKA 但不是在过去六个月
- 在过去六个月内有过 DKA

i.

65. 您经常出现高血糖吗（血葡萄糖大约 250 mg/dL [13.9 mM/L]）

- 是
- 否

i.

66. 如果是，请说明发生高血糖的频率？

- 大于 5 次/周
- 3 至 5 次/周
- 1 至 2 次/周
- 偶有有(小于 4 次/月)

i.

67. 在您周围是否有人意外被您所使用的锐器（针头或刀片）刺伤？

- 是
- 否

68.如果是，请指出高危人群？（可多选）

- 儿童
- 其他家庭成员（如，配偶）
- 护士或其他专业人员
- 管家或垃圾收集者

i.

69.这些人曾被您的糖尿病相关锐器意外过伤害吗？

- 是
- 否

i.

70.请说明为什么这些人处于高危状态（可多选）

- 我不使用那些可以防止别人受到伤害的设备（安全设备）
- 我没有合适的容器来放置使用过的锐器
- 有时我将锐器放在的别人可能被刺到的地方
- 我患有肝炎或其他血液传染性疾病

**感谢您的宝贵时间**