

GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Diabetes Self Management Goals – 10 Week Course Schedule

Diabetes Self Management Course Beginning date _____ Ending Date _____

Patient's Name: _____ DOB ____ / ____ / ____ MR# _____

Please choose goals you are willing to work on to better manage your diabetes. (Week 2 of classes)	2:Date	3: Date	4: Date	5: Date	6: Date	7: Date	8: Date	9: Date	10:Dat	
 Goal 1: Exercise	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
 Goal 2: Foot Care	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
 Goal 3: Meal Planning	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
 Goal 4: Weight Loss	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
 Goal 5: Medications	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
 Goal 6: Blood Sugar Testing	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
 Goal 7: Stress Management	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
Other: (smoking etc)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prog <input type="checkbox"/> No
Promotora										

Other Goals:

- Eye Exam, Every Year Date of next exam: ____ / ____ / ____
- Dental Exam, Every 6 months Date of next exam: ____ / ____ / ____