

Año: Trimestre calendario: Fecha / / Hoja 1/2

Apellido y Nombre:

Nº de Beneficiario: Documento de Identidad Tipo: Nro:

Domicilio: Te:

Localidad - Provincia:

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: F M

DIAGNÓSTICO

DTM1 DTM2 Gestacional Otros

Fecha diagnóstico DTML: Edad al diagnóstico: Obs:

COMORBILIDADES:

HTA Obesidad Dislipemia Tabaquismo

Fecha diagnóstico:

EXÁMEN FÍSICO:

Peso: Altura: Circunferencia Abdominal: IMC:

Fecha de realización:

COMPLICACIONES (COMPLETAR SÓLO LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS CON FECHA)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		Neuropatías	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		Úlcera de pie	
Stent		Díálisis		Pie Diabético	
Cirug. Revas Miocárdica		TX Renal		Amputaciones	
Insuficiencia Cardíaca				Hipoglucemias	
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLÓGICAS	FECHA		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			

CONTROLES

	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatina sérica				
Clearance de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				

CONTROLES

Fondo de ojo: Sin RD RDNP RDP Fecha:

Sin RD: sin rino patía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa

Examen de pie Realizado (S/N) Normal Alterado

Año:

Trimestre calendario:

Fecha / /

Hoja 2/2

TRATAMIENTO/PRESCRIPCIÓN

MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN / NOMBRE COMERCIAL	
Insulina	Corriente	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml.	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml.	
Insulinas Análogas - Acción Prolongada				U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml.	
Insulinas Análogas - Rápidas				U.I.			
Hipogluc. Orales	Metformina			Mg.			
	Pioglitazona			Mg.			
	Gliclazida			Mg.			
	Glimepiride			Mg.			
	Vildagliptina			Mg.			
	Sitagliptina			Mg.			
Glucagon							
Tiras reactivas				tiras			
				tiras			
Otros							
Otros							

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACIÓN MEDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

ESTILO DE VIDA

Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana:	¿Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Actividad Física (S/N)	¿Educación diabetológica? (S/N)
En caso de fumador, dejo de fumar? (S/N)	¿Plan de alimentación saludable? (S/N)
Médico tratante:	¿Cumple indicaciones dietarias? (S/N)
Domicilio:	Te:
Localidad - Provincia:	