



Año: Trim. calendario: Fecha: ____/____/____

1. DATOS AFILIATORIOS

Nombre y Apellido:		
N° Beneficiario:	Doc Id. Tipo:	NRO:
Domicilio:	Telefono:	
Localidad - Pcia.:	Email:	
FECHA DE NACIMIENTO:	Edad:	Sexo F/M

2. DIAGNOSTICO

Tipo de Diabetes:	DMT1	DMT2	GEST	OTRO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha diagnóstico*: * fecha primer diagnóstico	Edad al diagnóstico: <input type="text"/>		Obs.:	

3. COMORBILIDADES (marque con una x)

Fecha diagnóstico:	HTA	OBESIDAD	DISLIPEMIA	TABAQUISMO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. EXAMEN FISICO

	VALORES	FECHA DE REALIZACION
PESO		
ALTURA		
CIRCUNF. ABDOMINAL		
IMC		

5. COMPLICACIONES (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventriculo Izq.		Insuf. Renal crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stend		Díálisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revas. Miocárdica		Tx Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico transitorio		OFT	FEC		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			

6. CONTROLES

EXAMEN	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc colesterol				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina Sérica				
Clearence de Creatinina				
TA sistólica/ TA diastólica				

7. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

				FECHA
Fonde de ojo	Sin RD <input type="text"/>	RDNP <input type="text"/>	RDP <input type="text"/>	
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa				
Exámen del pie	Realizado (S/N) <input type="text"/>	Normal <input type="text"/>	Alterado <input type="text"/>	



8. TRATAMIENTO/PRESCRIPCIÓN

MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO	PRESENTACION
Insulinas	Corriente Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras x 3 ml.
	N.P.H. Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras x 3 ml.
	Análogos - Acción Prolongada	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras x 3 ml.
	Análogos Rápidas	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras x 3 ml.
Hipoglucemiantes Orales	METFORMINA			mg
	PIOGLITAZONA			mg
	GLICLAZIDA			mg
	VILDAGLIPTINA			mg
	SITAGLIPTINA			mg
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS			Tiras	
Otras				mg
				mg

9. OTROS TRATAMIENTOS

	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACIÓN MEDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

10. ESTILO DE VIDA

	SI	NO	VECES X DIA		SI	NO
Automonitoreo				Cumple tratamiento farmacológico?		
Actividad Física				Educación Diabetológica:		
En caso de fumador, dejó de fumar?				Plan de alimentación saludable:		
				Cumple Dieta:		

De conformidad:

.....
Firma Afiliado

.....
Firma y sello Médico Tratante

.....
Firma y Sello Auditor Médico

..... Fecha
Aclaración/ DNI

..... Fecha