

DATOS PERSONALES. A completar por el paciente:

Apellido y nombres _____ Sexo: F M

DNI _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____

Domicilio _____ CP _____ Localidad _____

E-mail _____ Cel. _____ Medicard N° _____

Estimado profesional: El presente formulario debe completarse íntegramente cada **12 meses**, solo así se podrá autorizar la medicación y los insumos. Por favor, completar con letra legible y sin omisiones.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha ____ / ____ / ____

DIAGNOSTICO: tildar lo que corresponde Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2 Diabetes tipo 2 IR Otras: _____ Diabetes Gestacional (**sólo si corresponde**)

PTOG: Fecha: ____ / ____ / ____ Valor 0 hs: _____

(imprescindible presentación de Laboratorios y PTOG)

Semana: _____ FPP: ____ / ____ / ____ Valor 120': _____

Completar:

Edad del diagnóstico: _____

Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____

EXAMEN FÍSICO (completar todos los datos):

Fecha: ____ / ____ / ____

TA max: _____ TA min: _____

Peso actual: _____ kg Talla: _____ cm Circ. De cintura: _____ cm IMC: _____

LABORATORIO (completar todos los datos y adjuntar resultados):

Fecha: ____ / ____ / ____

Creatinina: _____ RAC: _____ LDL: _____ Glucemia: _____ HbA1c: _____ Triglicéridos: _____

COMORBILIDADES (completar lo que corresponde) A.A.S**Recibe Tto.**

SI/NO

 Tabaquismo actual

SI/NO

 Dislipemia

SI/NO

 Hipertensión arterial

SI/NO

 Obesidad

SI/NO

Tto. Farmacológico

EXAMEN DE PIE (completar): Realizado SI NO Normal AlteradoSensación protectora: Presente Ausente**FONDO DE OJO** (completar): Realizado: SI NO Normal RD

Fecha de realización: ____ / ____ / ____

 Sin RD RDNP RDP

COMPLICACIONES CRÓNICAS: Tildar y completar la fecha de ocurrencia **solo del evento que corresponde.**

<input type="checkbox"/> Hipertrofia ventricular	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Neuropatía periférica	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Infarto agudo de miocardio	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Vasculopatía periférica	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Amputación	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Nefropatía	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Diálisis	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Trasplante renal	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Ceguera	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Hipoglucemias	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severa

TRATAMIENTO ACTUAL PARA DIABETES

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
Metformina:			
Pioglitazona:			
Sulfonilureas:			
ISGLT2:			
IDPP4:			
Otras:			
INSULINA	Tto. Intensificado (completar) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
INSULINA BASAL:	Vial <input type="checkbox"/> Lapicera <input type="checkbox"/>		
INSULINA CORRECCIÓN:	Vial <input type="checkbox"/> Lapicera <input type="checkbox"/>		

TIRAS REACTIVAS: _____ (marca) por día: ____ / Lancetas _____ Agujas _____ mm

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Tildar sólo si corresponde

<input type="checkbox"/> Cumple tratamiento farmacológico	<input type="checkbox"/> Cumple plan de alimentación saludable
<input type="checkbox"/> Automonitoreo glucémico	<input type="checkbox"/> Actividad física <input type="checkbox"/> Educación diabetológica

MÉDICO DE CABECERA: Por requerimiento Ley 26.914 Res. 2820/22 esta planilla debe ser completada por medico nutricionista, diabetólogo o endocrinólogo

Médico nutricionista Diabetólogo Endocrinólogo

Nombre y apellido: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

Firma y sello