

Formulario médico de Diabetes

1° Semestre (Enero - Junio)

2° Semestre (Julio - Diciembre)

Fecha:

FN:

Edad:

Nombre y apellido

N° de afiliado/a

DNI:

CUIT/CUIL:

Teléfono

Tipo de DIABETES

Tipo 1

Tipo 2

Fecha del registro

Fecha al diagnóstico

Dislipemia: SÍ NO

Obesidad: SÍ NO

Tabaquismo: SÍ NO

Complicaciones asociadas

SÍ

NO

Complicaciones asociadas	SÍ	NO
- Hipertrofia ventricular		
- Infarto agudo de miocardio (IAM)		
- Insuficiencia cardíaca (ICC)		
- Accidente cerebrovascular (ACV)		
- Retinopatía		
- Ceguera		
- Neuropatía periférica		
- Vasculopatía periférica		
- Amputación		
- Diálisis		
- Trasplante renal		

Resultados clínicos /

Exámenes complementarios

Valor

Fecha última determinación

Exámenes complementarios	Valor	Fecha última determinación
- Glucemia en ayunas (mg %)		
- HbA 1c (g/L)		
- Colesterol LDL (mg %)		
- Trigliceridemia (mg %)		
- Microalbuminuria		
- Creatininemia (mg %)		
- TA Sistólica (mmHg)		
- TA Diastólica (mmHg)		
- Fondo de ojo		
- Peso (kg)		
- Talla (m)		
- Circunferencia abdominal (cm)		

Intervenciones terapéuticas

SÍ

NO

- Automonitoreo glucémico		
- Actividad física		
- Adherencia adecuada al tratamiento		
- Fármacos AntiHTA		
- Fármacos Hipolipemiantes		
- AAS		
- Hipogluceantes orales		

Insulinas

Insulina basal

Insulina de corrección

- Monodroga genérica		
- Nombre comercial		
- Presentación		
- Dosis y frecuencia de aplicación (diaria)		
- Dosis total (mensual)		

Otros medicamentos para diabetes

Monodroga	Nombre Comercial	Presentación	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Dosis Mensual

Cantidad de tiras reactivas (mensual):

Cantidad y tipo de Lancetas (mensual):

Cantidad y tipo de jeringas / agujas (mensual):

Observaciones

Nombre del profesional:

N° de Matrícula:

Institución:

E-Mail:

Firma:

Horario:

Teléfono:

Firma del beneficiario:

DNI:

Aclaración de la firma:

Fecha:

Documentación requerida:

- Fotocopia de informe de ecocardiograma
- Fotocopia de informe de oftalmología
- Fotocopia de informe de laboratorio
- Fotocopia de otros informes de exámenes complementarios (si los posee)