

**DATOS IDENTIFICATORIOS**

|                                |                   |                  |
|--------------------------------|-------------------|------------------|
| Nombre y apellido del afiliado |                   |                  |
| Fecha de nacimiento            | Cuil              | Nro beneficiario |
| Edad al Diagnóstico            | Fecha Diagnóstico |                  |

**DIAGNÓSTICO**

| TIPO I | TIPO II | GESTACIONAL | INSULINO RESISTENCIA |
|--------|---------|-------------|----------------------|
|        |         |             |                      |

**COMORBILIDADES**

|            | SI | NO |
|------------|----|----|
| Dislipemia |    |    |
| Obesidad   |    |    |
| HTA        |    |    |
| Tabaquismo |    |    |

**EXAMEN FISICO**

|                 |  | Fecha |
|-----------------|--|-------|
| Peso            |  |       |
| Altura          |  |       |
| Circ. Abdominal |  |       |
| IMC             |  |       |

**COMPLICACIONES**

|                            | SI | NO | FECHA |                         | SI | NO | FECHA |
|----------------------------|----|----|-------|-------------------------|----|----|-------|
| Hipertrofia Ventricular    |    |    |       | Ceguera                 |    |    |       |
| Infarto Agudo Miocardio    |    |    |       | Neuropatia Periferica   |    |    |       |
| Insuficiencia Cardiaca     |    |    |       | Amputaciones            |    |    |       |
| Stent                      |    |    |       | Nefropatia              |    |    |       |
| Cirug. Revas. Miocárdica   |    |    |       | Diálisis                |    |    |       |
| Acc. Isquémico Transitorio |    |    |       | Transplante Renal       |    |    |       |
| ACV                        |    |    |       | Ulcera de Pie           |    |    |       |
| Retinopatia                |    |    |       | Vasculopatia Periferica |    |    |       |
| Insuficiencia Renal        |    |    |       | Hipoglucemias           |    |    |       |

**CONTROLES**

|  | Fecha | Valor | Unidades | Observaciones |
|--|-------|-------|----------|---------------|
| Glucemia en ayunas                           |       |       |          |               |
| HbA1C  |       |       |          |               |
| LDLc Colesterol asoc. A lipoproteína de baja |       |       |          |               |
| Triglicéridos                                |       |       |          |               |
| Microalbuminuria                             |       |       |          |               |
| Creatina sérica                              |       |       |          |               |
| Clearence de Creatina                        |       |       |          |               |
| TA sistólica / TA diastólica                 |       |       |          |               |

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

|              | Sin RD | RDNP | RDP |               | Realizado | Normal | Alterado |
|--------------|--------|------|-----|---------------|-----------|--------|----------|
| Fondo de Ojo |        |      |     | Exámen de Pie |           |        |          |

Fecha

Firma y Sello

#### TRATAMIENTOS / PRESCRIPCION

| Monodroga                    | Origen | Dosis Diaria | Año Inicio | Presentacion / Nombre Comercial |
|------------------------------|--------|--------------|------------|---------------------------------|
| Insulina - N.P.H             |        | U.I          |            | Cartucho x 3ml                  |
|                              |        |              |            | Lapiceras prellenadas x 3ml     |
| <b>Insulina - Corrientes</b> |        |              |            |                                 |
| Detemir                      |        | U.I          |            | Cartucho x 3ml                  |
| Glargina                     |        | U.I          |            | Lapiceras prellenadas x 3ml     |
| Degludec                     |        | U.I          |            | Cartucho x 3ml                  |
| Glusilina                    |        | U.I          |            | Lapiceras prellenadas x 3ml     |
| Aspártica                    |        | U.I          |            | Cartucho x 3ml                  |
| Aspártica Bifasica           |        | U.I          |            | Lapiceras prellenadas x 3ml     |
| Lispro                       |        | U.I          |            | Cartucho x 3ml                  |
| Lispro Protam                |        | U.I          |            | Lapiceras prellenadas x 3ml     |

| Hipoglucemias Orales |  |    |  | Otras Asociaciones |
|----------------------|--|----|--|--------------------|
| Metformina           |  | mg |  |                    |
| Pioglitazona         |  | mg |  |                    |
| Gliclazida           |  | mg |  |                    |
| Glimepiride          |  | mg |  |                    |
| Vildagliptina        |  | mg |  |                    |
| Sitagliptina         |  | mg |  |                    |

|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| <b>Glucagon</b> |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|

|                        |  |       |  |
|------------------------|--|-------|--|
| <b>Tiras Reactivas</b> |  | Tiras |  |
|                        |  | Tiras |  |

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| <b>Otros</b> |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

#### Otros Tratamientos

| Nombre Genérico Medicamento | Unidades x toma | Tomas x Semana | Tomas x Día | Dosis Mensual |
|-----------------------------|-----------------|----------------|-------------|---------------|
| Antihipertensivos           |                 |                |             |               |
| Hipolipemiantes             |                 |                |             |               |
| Antilagregantes             |                 |                |             |               |

#### FUNDAMENTACION MEDICAS del uso de la medicaidón indicada

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

#### ESTILO DE VIDA

|                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Automonitoreo:                       | ¿Educación diabetológicas?        |
| Actividad Física                     | ¿Plan de Alimentación Saludables? |
| EN caso de Fumador, ¿Dejó de fumar?  | ¿Cumple indicaciones dietarias?   |
| ¿Cumple tratamientos farmacológicos? |                                   |