

Por favor, completar letra imprenta mayúscula legible

**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**

	SI	NO	Fecha
Peso			
Altura			
Circ. Abdominal			
IMC			

**COMPLICACIONES**

	SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA
Hipertrofia Ventricular				Ceguera			
Infarto Agudo Miocardio				Neuropatía Periférica			
Insuficiencia Cardíaca				Amputaciones			
Stent				Nefropatía			
Cirug. Revas. Miocárdica				Díálisis			
Acc. Isquémico Transitorio				Transplante Renal			
ACV				Úlcera de Pie			
Retinopatía				Vasculopatía Periférica			
Insuficiencia Renal				Hipoglucemia			

**CONTROLES**

	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. A lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatina sérica				
Clearance 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 medicación 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?	

Firma y sello médico tratante

Firma y sello Auditor médico