

FORMULARIO: PROGRAMA DIABETES



AÑO: **SEMESTRE CALENDARIO:** 1 2

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____

Fecha de Nac.: _____ Teléfono: _____ Localidad: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circ. Abdominal: _____ **FECHA DE REALIZACION:** _____

Tipo de Diabetes: _____ Fecha / Edad de diagnóstico: _____

Plan de alimentación saludable: **SI / NO** Cumple tratamiento: **SI / NO**

Realiza Auto monitoreo: **SI / NO** Realiza actividad física: **SI / NO** Ed. diabetológica : **SI / NO**

Patologías asociadas: **DISLIPEMIA** **OBESIDAD** **TABAQUISMO** **HTA**

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

TIPO	GENERICO	PRESENTACION	DOSIS POR DIA
INSULINA BASAL			
INSULINA CORRECCION			
METFORMINA			
SULFONILUREAS			
IDPP4			
OTROS			
ANTIHIPERTENSIVOS			
HIPOLIPEMIANTES			
AAS			
OTROS			

<u>COMPLICACIONES</u>			<u>OTROS ESTUDIOS</u>		
HIPOGLUCEMIAS	SI	NO	DETALLE	FECHA	VALOR
HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI	NO	GLUCEMIA EN AYUNAS		
IAM	SI	NO	HBA1C		
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI	NO	LDLC		
ACV/AIT	SI	NO	TRIGLICERIDOS		
RETINOPATIA	SI	NO	MICRO ALBUMINURIA		
CEGUERA	SI	NO	TA SISTOLICA		
NEUROPATIA PERIFERICA	SI	NO	TA DIASTOLICA		
PIE DBT/ AMPUTACION	SI	NO	CREATININA SERICA		
NEFROPATIA	SI	NO	FONDO DE OJO		NORMAL / RDNP / RDP
DIALISIS	SI	NO	CLEARANCE CREAT.		
TRASPLANTE RENAL	SI	NO	EXAMEN DE PIE		REALIZADO / NO REALIZADO

EL SIGUIENTE CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES DEBE SER PRESENTADO CADA 6 MESES PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA DEL %100 DE ACUERDO A LA LEY DE DIABETES (Res: MS 1156/14)

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO PRESCRIPTOR - FECHA