

## 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 CORRECION			
METFORMINA			
SULFONILUREAS			
IDPP4			
OTROS			
ANTIHIPERTENSIVOS			
HIPOLIPEMIANTES			
AAS			
OTROS			

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