

# PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS



APELLIDO \_\_\_\_\_  
 NOMBRES \_\_\_\_\_  
 NRO. AFILIADO \_\_\_\_\_  
 CUIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO    /    /

TIPO DE DIABETES	Indicar con X si corresponde
	1
	2
	Gestacional
	Otro

Análisis de laboratorio	RESULTADO	FECHA
Glucemia ayunas (mg/dl)		/ /
HBA1C (%)		/ /
LDL colesterol (mg/dl)		/ /
Triglicéridos (mg/dl)		/ /

EDAD DE DIAGNÓSTICO	Años

Microalbuminuria ó coc. Albú. Cretinina	Fecha	/ /
Resultado (marcar con X)	Normal	
	Patológicos	

ANTECEDENTES	Indicar con X si corresponde
Condiciones Asociadas	Dislipemia
	Obesidad
	Tabaquismo

	RESULTADO	FECHA
TA Sistólica (mmHg)		/ /
TA Diastólica (mmHg)		/ /
Creatinina serica (mg/dl)		/ /

OTROS ANTECEDENTES	Indicar con X si corresponde	FECHA
Hipertrofia Ventric. Izq		/ /
Infarto de Miocardio		/ /
Insuficiencia Cardiaca		/ /
Accidente Cerebrovascular		/ /
Retinopatía		/ /
Ceguera		/ /
Neuropatía Periférica		/ /
Vasculopatía periférica		/ /
Amputación		/ /
Nefropatía		/ /
Diálisis		/ /
Trasplante renal		/ /

Fondo de ojo	Fecha	/ /
Resultado (marcar con X)	Normal	
	Retinopatía	

Últimos controles	RESULTADO	FECHA
Peso (kg)		/ /
Talla (mts)		/ /
Circunferencia de cintura (cm)		/ /

Examen de pies	Sin Lesiones	
	Con Lesiones	

TTO. NO FARMACOLÓGICO
Automonitoreo
Actividad física
Cumple tratamiento

Indicar con X si corresponde

TTO. FARMACOLÓGICO
antihipertensivos
hipolipemiantes
ácido acetil salicílico

Medicación e Insumos Solicitados				
FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / lny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA COMERCIAL

	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA
Ejemplo de llenado de formulario Medicación	Metformina	850 mg	comprimidos	850mg c/12hs	BBB
	Insulina NPH	100 ui/ml	lapiceras prellenadas	35ui/dia	BBB

Nombre y apellido del profesional:.....

Fecha: ...../...../.....

Firma y Sello

