

# FORMULARIO: PROGRAMA DIABETES



AÑO:  SEMESTRE CALENDARIO 1  2

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Circ. Abdominal: \_\_\_\_\_ FECHA DE REALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

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 FARMACOLÓGICO

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

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

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO PRESCRIPTOR - FECHA