

**DIABETES MELLITUS**
(Información a completar por el médico tratante)

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NAC.: _____

CUIT: _____

SEXO: F M

DIAGNÓSTICO (marcar con una X lo que corresponda)

DIABETES: TIPO 1 TIPO 2 GESTACIONAL OTRO

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ____/____/____

DATOS DEL EXAMEN FÍSICO

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ CIRCUNF. ABDOMINAL: _____ FECHA: _____

COMORBILIDADES (marcar con una X lo que corresponda)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL DISPLEMIA TABAQUISMO

EXÁMENES Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (últimos 12 meses)

	VALORES	FECHA		VALORES	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS	_____	____/____/____	CLEARANCE DE CREATININA	_____	____/____/____
HbA1c	_____	____/____/____	MICROALBUMINURIA	_____	____/____/____
FUNCIÓN RENAL	_____	____/____/____	(*) FONDO DE OJO Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____
CREATININA	_____	____/____/____	(*) EXAMEN DE LOS PIES No realizado <input type="checkbox"/> Realizado <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____

(*) Únicamente para beneficiarios con hbA1C > 9 Abreviaturas: Sin RD = sin retinopatía diabética / RDNP = retinopatía no proliferativa / RDP = retinopatía proliferativa

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE ACTIVIDAD FÍSICA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

MEDICACIÓN

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO DE TRATAMIENTO
METFORMINA				
SULFONILUREAS (especificar cuál)				
IDPP4 (especificar cuál)				
INSULINA BASAL (especificar cuál)	LAPICERA			
	VIAL			
INSULINA RÁPIDA (especificar cuál)	LAPICERA			
	VIAL			
OTRO (especificar cuál)				

SOLICITA BIOSENSOR: <input type="checkbox"/>	TIRAS REACTIVAS: _____ por día	LANCETAS: _____ por día	AGUJAS: _____ por día
--	--------------------------------	-------------------------	-----------------------

COMPLICACIONES (únicamente para beneficiarios con hbA1C > 9)

HIPOGLUCEMIA
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA RETINOPATÍA
PAT. CEREBROVASCULAR NEFROPATÍA
PIE DIABÉTICO NEUROPATÍA
DIÁLISIS

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

DATOS ADICIONALES (a completar por el socio)

NRO DE SOCIO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____



CENTRO MEDICO PUEYRREDON

MEDICINA PREPAGA

Nº DE TRÁMITE _____

**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DNI:

Nº SOCIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

/ /

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:

(Detallar)

ESETADO ACTUAL:

(Detallar):

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE