

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NAC.: _____ CUIT/CUIL: _____ 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 TRATAMIENTOPLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE ACTIVIDAD FÍSICA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA **MEDICACIÓN**

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO DE TRATAMIENTO	CAJA/ ENVASE MENSUAL
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
	TIRAS REACTIVAS: _____ cajas	LANCETAS: _____ cajas	AGUJAS: _____ cajas

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