

| Dato | Fuente |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nombre y Apellido | HC |
| Historia Clínica (letra y numero , ej :A00000 o B00000) | HC |
| Fecha de última visita por Demanda Espontánea: fecha | HC/PLATAFORMA |
| RESOLUCION DE LA CONSULTA ANTERIOR : opción elegida en consulta anterior | PLATAFORMA |
| *Cambio de tipo de insulina basal | |
| *Cambio de dosis de insulina basal | |
| *Cambio de horario de insulina basal | |
| *Cambio de tipo de insulina rápida | |
| *Cambio de ratio | |
| *Cambio de sensibilidad | |
| *Mejorar otros aspectos del tratamiento | |
| *Derivación a emergencias | |
| *Solicitud de turno demanda programada presencial | |
| *Solicitud de turno programado | |
| *Recetas/ formularios obra social | |
| Fecha de próximo turno de consultorio | HC |
| Fecha de próximo turno de laboratorio | HC |
| Último valor de HbA1C con fecha de realización NUMERO | HC |
| Fecha de última internación | HC |
| Fecha de última visita programada | HC |
| mail de contacto | HC |
| fecha dx | HC |
| tiempo de evolución | CALCULAR |
| cobertura medica: nombre y numero | HC |
| fecha de último laboratorio anual | HC |
| complicaciones asociadas palabras | COMPLETA MEDICO |
| otros diagnósticos palabras | COMPLETA MEDICO |
| otros tratamientos palabras | COMPLETA MEDICO |
| actividad física palabras | COMPLETA MEDICO |
| ingesta de alimentos/ tipos palabras | COMPLETA MEDICO |
| horarios de escolaridad rango horario | COMPLETA MEDICO |
| lugares de aplicación de insulina palabras | COMPLETA MEDICO |
| Tratamiento: | |
| tecnología : infusor/ MCG (marca) | Paciente |
| Sensor (opción para elegir): | Paciente |
| a) Freestyle plus 2 | Paciente |
| b) Dexcom | Paciente |
| Bomba de insulina: (opción para elegir): | Paciente |
| a)Medtronic 640 | Paciente |
| b)Medtronic 780 | Paciente |
| c)Otras: | Paciente |
| Objetivo glucémico rango numeral | Paciente/medico |
| Insulina basal/lenta nombre | Paciente |
| Dosis numero | Paciente |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Insulina Rápida nombre | paciente |
| Dosis de insulina con valor en rango *desayuno numero | Paciente |
| *almuerzo numero | Paciente |
| *merienda numero | Paciente |
| *cena numero | Paciente |
| Ratio numero | Paciente /medico |
| Sensibilidad numero | Paciente/medico |
| Otro tratamiento palabras | Paciente /medico |
| Motivo de consulta: (varias opciones) | |
| ❖ Ajuste de esquema | Paciente |
| ❖ Hipoglucemias | Paciente |
| ❖ Hiperglucemias | Paciente |
| ❖ Cetosis | Paciente |
| ❖ Dudas con el tratamiento | Paciente |
| ❖ recetas | Paciente |
| ❖ Otros | Paciente |
| Datos del control glucémico: | |
| Monitoreos capilares del último mes (foto de cuaderno) | Paciente |
| Bajada sensor últimos 10/15 días | Plataforma, ver cómo se hace con los pacientes que no usan celular sino receptor/lector. Reunión con Vero |
| Resolución de la consulta: (varias opciones) | |
| ❖ Cambio de tipo de insulina basal | |
| ❖ Cambio de dosis de insulina basal | |
| ❖ Cambio de horario de insulina basal | |
| ❖ Cambio de tipo de insulina rápida | |
| ❖ Cambio de ratio | |
| ❖ Cambio de sensibilidad | |
| ❖ Mejorar otros aspectos del tratamiento | |
| ❖ Derivación a emergencias | |
| ❖ Solicitud de turno demanda programada presencial | |
| ❖ Solicitud de turno programado | |
| ❖ Recetas/ formularios obra social | |