



PLANILLA PARA DIABETES
(Empadronamiento y actualización de datos)

Datos Filiatorios:

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

Nombre y Apellido:	
Edad:	Genero:
Nro. De CUIL:	Fecha de Nacimiento:
Nro. Afiliado:	Obra Social:
Domicilio:	
Localidad:	Cod. Postal:
E-Mail:	
Cel.:	Tel. Part:
Nombre y Apellido del Medico tratante:	
Teléfono:	
Institución donde asiste:	

Diagnostico: (Marcar lo que corresponda)

DBT tipo I <input type="checkbox"/>	DBT tipo II <input type="checkbox"/>	Gestacional <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Fecha de Diagnostico:		Edad al Diagnostico:	
Familiares DBT en Primer Grado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

Comorbilidad: (Marcar lo que corresponda)

HTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dislipemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Obesidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tabaquismo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Complicaciones:

Hipoglucemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especificar: Leve <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>
Retinopatía: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ceguera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nefropatía: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Neuropatía Periférica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hipertrofia Ventricular: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Vasculopatía Periférica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Infarto Agudo de Miocardio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Amputación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diálisis: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trasplante Renal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Estudios y Datos Antopodemico:

Determinación	Valor	Fecha
Glucemias en Ayunas		
HbA1C (ultima)		
LDLc		
Triglicéridos		
Microalbuminuria		
TA Sistólica		
TA Diastolica		
Creatinina Serica		

Indicie albúmina/creatinina en orina matinal: (Marcar lo que corresponda)

No realizado ☐ Realizado ☐

Fondo de ojo: (Marcar lo que corresponda)

Fecha:	Sin RD <input type="checkbox"/>	RDNP <input type="checkbox"/>	RDP <input type="checkbox"/>
--------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Datos del Examen Físico:

Peso:	Fecha:	Talla:	Fecha:
IMC:	Fecha:	Circunferencia De cintura:	Fecha:

Examen de pie: (últimos 12 meses)

Fecha:	NO REALIZADO: <input type="checkbox"/>	REALIZADO: <input type="checkbox"/>
Monofilamento: <input type="checkbox"/>	Normal: <input type="checkbox"/>	Alterado: <input type="checkbox"/>

Datos referidos al tratamiento: (Marcar lo que corresponda)

Plan de alimentación saludable: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Actividad física: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Educación diabetologica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cumple adecuadamente Tratamiento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Automonitoreo Glucemico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fármacos Antihipertensivos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fármacos Hipolipemiantes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Acido Acetil Salicílico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fármaco	Presentación	Dosis Diaria	Año de Inicio
Metformina			
Sulfonilureas (especificar cual)			
IDPP4 (especificar cual) (v1)			
Insulina Basal (especificar cual Vial o lapicera)			
Insulina rápida (especificar cual Vial o lapicera)			
Otros:			

Insumos	Presentación	Dosis Diaria	Año de Inicio
Tiras reactivas			
Lancetas			
Agujas p/insulina			
Jeringas p/insulina			

ESTA PLANILLA DEBE SER CONFECCIONADA POR EL PROFESIONAL DE MANERA SEMESTRAL Y ANTE CAMBIOS DE MEDICACION

Abreviaturas:

IMC: Índice de masa corporal
RD: Retinopatía diabética
EDNP: Retinopatía diabética no proliferativa
RDP: Retinopatía diabética proliferativa

Firma del Beneficiario

Firma y Sello del Profesional Médico