RELEVAMIENTO DE DIABETES

FECHA:

DATOS FILIATORIOS.

- Nombre y Apellido:
- Edad: Género: DNI: N° Afiliado:
- Tipo de diabetes mellitus: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Gestacional ☐ otro
- Años de diagnóstico de diabetes:

DATOS DEL EXAMEN FÍSICO.

- Peso: Talla: IMC: Circunferencia de Cintura:
- Examen de pie: ☐ Normal ☐ Alterado
- Fondo de ojo: ☐ Normal ☐ Anormal

COMPLICACIONES.

- Hipoglucemias: ☐ Si, especificar: ☐ leve ☐ severa
  ☐ No
- Retinopatía: ☐ sin RD ☐ RDNP ☐ RDP
- Nefropatía: ☐ Si ☐ No
- Neuropatía: ☐ Si ☐ No
- Macrovasculares: ☐ Si ☐ No
- Amputación: ☐ Si ☐ No
- Diálisis: ☐ Si ☐ No
- Ceguera: ☐ Si ☐ No

COMORBILIDAD.

- HTA: ☐ Si ☐ No Tratamiento:
- Dislipidemia: Si ☐ ☐ No Tratamiento:
- Tabaquismo: Si ☐ ☐ No Tratamiento:
- Obesidad: Si ☐ No ☐ Tratamiento:

EXAMENES (últimos 12 meses). Consignar fecha de realización:

- HbA1c: • Glucemia en ayunas: • Creatinina:
- Relación albúmina/creatinina en orina matinal: ☐ No realizado
  ☐ Realizado
- LDL: ☐ •Triglicéridos:
- Presión Arterial:

RELEVAMIENTO DE DIABETES

APELLIDO:	
NOMBRE:	
DOMICILIO:	N° AFILIADO:
TELEFONO:	DNI:
DIAGNOSTICO:	
MEDICO DE CABECERA:	

REGISTRAR SOLO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS PARA DIABETES			
MONODROGA	PRESENTACION	DOSIS	AUDITORIA

FECHA	FIRMA Y SELLO PROFESIONAL