

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES:

Tipo Doc: Nº DOCUMENTO: EDAD: TELÉFONO DE CONTACTO:

FECHA CONOCIDA LA DIABETES: / / FECHA DE PRESENTACIÓN: / /

DOMICILIO:

IMPORTANTE En caso de que el afiliado no cumpla con los requerimientos del programa, será dado de baja de los beneficios del mismo

Aclaración _____

Tipo Doc: DNI -LC- LE-CF-CIP-EXT-DUP

Nº Documento _____

FIRMA del AFILIADO _____

Es necesario que el paciente presente este informe completado, firmado y sellado por el médico clínico en las oficinas del Programa para ser evaluado su ingreso al mismo

MEDICACIÓN (COMPLETAR AL CUADRO QUE CORRESPONDA)

DROGA:	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	DIARIA	MOMENTO DE INGESTA			
		Nº Tomas	Total mg.	COMIDA			Otros
				Pre	Durante	Post	
1- Glibencamida							
2- Metformina							
3-							
4-							

INSULINA:	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	DIARIA	MOMENTO DE APLICACIÓN
		Nº Aplicaciones	Unidades Totales	
1- NPH				
2- CORIENTE				
3- OTRA				

ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE

PESO: kg. **IMC:** Kg/m²

TALLA: cm **Perímetro Abdominal:** cm.

TIPO DE DIABETES

TIPO 1		
	Solo Hipog. Orales	
TIPO 2		
	Hipog. Orales + Insulina	
	Solo Insulina	
	Gestacional	

FACTORES DE RIESGO

	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
DISLIPOPROTEINEMIA		
TABAQUISMO		

AUTOCONTROL GLUCÉMICO

FRECUENCIA	Nº veces por día
	Nº veces por semana
TIRAS	REFLECTÓMETRO

ACTIVIDAD FÍSICA

INDICADA:	SI	NO	INDICACIONES:	ESCRITA	ORAL
TIPO:	Ejercicio	Caminata	Deportes	Otros	
FRECUENCIA:	Nº de días por semana		Cantidad Minutos por día		

EXAMEN CARDIOVASCULAR

ANTECEDENTES	SI	NO
Angor		
Insuficiencia Cardíaca		
Arritmias		
Síncope		

PROCEDIMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN	SI	NO
Cirugía de Revascularización Miocárdica		
Cirugía de Revascularización Periférica		
Angioplastia Transluminall Coronaria		
Angioplastia Transluminall Periférica		
Endarterectomía Carotídea		
Angioplastia Carotídea		

VASCULOPATÍA				
PULSOS	Der.	Izq.	Soplo	
	SI	NO	SI	NO
FEMORAL				
TIBIA POSTERIOR				
PEDIO				
CAROTIDEO				

ECG: Registrar los valores obtenidos en el último ECG efectuado al paciente

ECG Alterado: SI: NO: **SOBRECARGA VENTRÍCULO IZQUIERDO (Definida por criterios de Sokolov Lyon)** SI NO

EXAMEN BIOQUÍMICO Registrar los valores obtenidos en los últimos exámenes efectuado al paciente

Valor Hallado	
Glucemia	Mg %
Triglicéridos	Mg %
Colesterol	Mg %
HDL	Mg %
LDL	Mg %
Clearence Creatinina	Ml / m
Proteinuria 24 hs	Gr / l
Micro Albumina	Mg / 24 hs
Uremia	Gr / l
Creatininemia	Mg %
Uricemia	Mg %
Hemoglobina Glucosilada	%

HEMOGRAMA	Valor Hallado
Nº Glóbulos Rojos	
Hematocrito	
Hemoglobina	
Nº Glóbulos Blancos	

ORINA	Valor Hallado
Glucosuria	Gr / l
Cetonuria	Gr / l
Proteinuria	Gr / l
Hematuria	Gr / l
Sedimento Urinario	

Comentarios

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

TELÉFONO DE CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO