

**Se deja constancia que la vigencia semestral de este formulario, no lo exime de su responsabilidad de concurrir a los controles médicos indicados por su médico tratante.**  
**De haber modificaciones en el tratamiento, deberá presentar nuevamente la documentación actualizada:**  
**1. Formulario “Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus Tipo I y II”**  
**2. Receta**

Nombre y apellido:

DNI:

N° de Afiliada/o:

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad:

Género: F  M

Domicilio:

Localidad:

CP:

Teléfono de línea:

Celular:

Mail:

**DIAGNOSTICO (marcar lo que corresponda con una cruz)**

- Diabetes Gestional (113 A)                       Diabetes tipo II (115)  
 Diabetes tipo I (114)                               Diabetes tipo II Insulinorequiriente (115 A)

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (marcar lo que corresponda)**

SI NO

Dislipemia

Obesidad

Tabaquismo

**COMPLICACIONES**

SI NO

FECHA (mes y año)

SI NO

FECHA (mes y año)

Hipertrofia ventricular

..... / .....

Neuropatía Periférica

..... / .....

Infarto Agudo de Miocardio

..... / .....

Vasculopatía Periférica

..... / .....

Insuficiencia Cardíaca

..... / .....

Amputación

..... / .....

Accidente Cerebrovascular

..... / .....

Nefropatía

..... / .....

Retinopatía

..... / .....

Díálisis

..... / .....

Ceguera

..... / .....

Trasplante Renal

..... / .....

Hipoglucemia Leve/Severa

..... / .....

**ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO (completar / marcar lo que corresponda)**

VALOR

FECHA (mes y año)

VALOR

FECHA (mes y año)

Glucemia en Ayunas

\_\_\_\_\_

..... / .....

TA Sistólica

\_\_\_\_\_

..... / .....

HbA1C

\_\_\_\_\_

..... / .....

TA Diastólica

\_\_\_\_\_

..... / .....

LDL

\_\_\_\_\_

..... / .....

Fondo de ojo

normal/patológico

..... / .....

Triglicéridos

normal / patológico  
normal / alterado

..... / .....

Peso

\_\_\_\_\_

..... / .....

Creatinina Sérica

realizado / no

..... / .....

Talla

\_\_\_\_\_

..... / .....

Microalbuminuria

\_\_\_\_\_

..... / .....

Circunferencia  
abdominal

\_\_\_\_\_

..... / .....

Examen de pie

realizado / no realizado

..... / .....

**TRATAMIENTOS A SEGUIR**

SI NO

Automonitoreo Glucémico

Actividad Física

Cumple adecuadamente el tratamiento

Fármacos Antihipertensivos

SI NO

Fármacos Hipolemiantes

Ácido Acetilsalicílico

Plan de Alimentación Saludable

| <i>Medicación</i> | <i>Marca</i> | <i>Presentación</i>  | <i>Dosis diaria</i> | <i>Año de inicio</i> |
|-------------------|--------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Metformina        | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Sulfonilureas     | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| IDPP4             | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Insulina Basal    | _____        | vial/lapicera        | _____               | ..... / .....        |
| Insulina Rápida   | _____        | vial/lapicera        | _____               | ..... / .....        |
| Liraglutida       | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| ISGLT 2           | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Pregabalina       | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Ácido Tióctico    | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Otros             | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Tiras Reactivas   | _____        | _____                | _____               | ..... / .....        |
| Agujas            | _____        | N° de mediciones/día | _____               | ..... / .....        |
| Lancetas          | _____        | N° / día             | _____               | ..... / .....        |
|                   | _____        | N° / día             | _____               | ..... / .....        |

Institución:

Datos de contacto:

Firma y sello del profesional:

Fecha de emisión: ..... / ..... / .....

**ESTE FORMULARIO NO REEMPLAZA LA RECETA**