



**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 el Formulario “Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus Tipo I y II” actualizado**

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 Gestacional (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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPLICACIONES	SI	NO	FECHA (mes y año)	SI	NO	FECHA (mes y año)	
Hipertrofia ventricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /
Infarto Agudo de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	Vasculopatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /	Trasplante Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /
Hipoglucemia Leve/Severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /

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 / Peso _____ /

Creatinina Sérica normal / alterado / Talla _____ /

Microalbuminuria _____ / Circunferencia abdominal _____

Examen de pie realizado / no realizado /

TRATAMIENTOS A SEGUIR	SI		NO	
	SI	NO	SI	NO
Automonitoreo Glucémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármacos Hipolemiantes	<input type="checkbox"/>
Actividad Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ácido Acetilsalicílico	<input type="checkbox"/>
Cumple adecuadamente el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de Alimentación Saludable	<input type="checkbox"/>
Fármacos Antihipertensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

* En caso que las mediciones diarias sean mayores a la cantidad indicada a continuación, deberá realizar un breve justificativo médico y quedará sujeto a la evaluación de auditoría médica:

Diabetes tipo I: > 6 mediciones/día

Diabetes tipo II insulinoquirientes: > 5 mediciones/día

Diabetes tipo II con hipoglucemiantes orales: > 1 mediciones/día

Institución: _____

Datos de contacto: _____

Firma y sello del profesional: _____ Fecha de emisión: / /