



**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:

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

Obesidad

Tabaquismo

**COMPLICACIONES**

SI NO

FECHA (mes y año)

SI NO

FECHA (mes y año)

Hipertrofia ventricular

..... / .....

Neuropatía Periférica

..... / .....

Infarto Agudo de Miocardio

..... / .....

Vasculopatía

..... / .....

Insuficiencia Cardíaca

..... / .....

Periférica

..... / .....

Accidente Cerebrovascular

..... / .....

Amputación

..... / .....

Retinopatía

..... / .....

Nefropatía

..... / .....

Ceguera

..... / .....

Diálisis

..... / .....

Hipoglucemia Leve/Severa

..... / .....

Trasplante Renal

..... / .....

**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
Automonitoreo Glucémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármacos Hipolemiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ácido Acetilsalicílico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumple adecuadamente el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de Alimentación Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fármacos Antihipertensivos

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: ..... / ..... / .....