



**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 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	<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
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: ..... / ..... / .....