



Plantilla obligatoria de tratamiento prolongado de diabetes

Año Trimestre calendario Fecha

Apellido Nombre(s)

N° de Beneficiario DNI

Domicilio Tel.

Localidad - Provincia

Fecha de nacimiento Edad Sexo: F/M

Diagnostico: DTM1 DTM 2 Gestacional Otros

Fecha diagnostico DTM Edad al diagnóstico Obs.:

Comorbilidades: HTA Obesidad Dislipemia Tabaquismo

Fecha diagnostico

Examen Físico: Peso Altura Cir. Abdominal IMC

Fecha realización

COMPLICACIONES (Completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
HIPERTROFIA VENTRICULAR	<input type="text"/>	INSUF. RENAL CRÓNICA	<input type="text"/>	NEUROPATÍAS	<input type="text"/>
INF. AGUDO DEL MIOCAR.	<input type="text"/>	NEFROPATÍA	<input type="text"/>	ULCERA DE PIE	<input type="text"/>
STENT	<input type="text"/>	DÍÁLISIS	<input type="text"/>	PIE DIABETICO	<input type="text"/>
CIRUG. REVES. MIOCÁRDICA	<input type="text"/>	TX RENAL	<input type="text"/>	AMPUTACIONES	<input type="text"/>
INSUF. CARDÍACA	<input type="text"/>				
ACC. ISQUÉMICO TRANSITORIO	<input type="text"/>			OFTALMOLOGICAS	Fecha
A.C.V.	<input type="text"/>			RETINOPATÍA	<input type="text"/>
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	<input type="text"/>			CEGUERA	<input type="text"/>

CONTROLES	Fecha	Valor	Unidades	Observaciones
GLUCEMIA EN AYUNO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HBATC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LD.LC.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MICROALBUMINURIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CREATININA SÉRICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLEARANCE DE CREATININA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T.A SISTÓLICA / T.A DIASTÓLICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

FONDO DE OJOS SIN RD RDNP RDP

Sin RD sin retinopatía diabética RDNP retinopatía diabética no proliferativa RDP retinopatía diabética proliferativa

EXÁMEN DE PIE Realizado (S / N) Normal Alterado

Año Trimestre calendario Fecha **TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN**

MONODROGA	ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN / NOMBRE COMERCIAL
Insulina Corriente	Humana <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U.I	<input type="text"/>	Cartuchos x 3 ml <input type="checkbox"/> Lapiceras prellenadas x 3 ml <input type="checkbox"/>
Insulina N.P.H	Humana <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U.I	<input type="text"/>	Cartuchos x 3 ml <input type="checkbox"/> Lapiceras prellenadas x 3 ml <input type="checkbox"/>
Insulina Análogos -Acción Prolongada		<input type="text"/> U.I <input type="text"/> U.I	<input type="text"/>	Cartuchos x 3 ml <input type="checkbox"/> Lapiceras prellenadas x 3 ml <input type="checkbox"/>
Insulina Análogos -Rápidas		<input type="text"/> U.I	<input type="text"/>	
Hipogluc. Orales	Metformina <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
	Pioglitazona <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
	Gliclazida <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
	Glimepiride <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
	Vildagliptina <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
	Sitagliptina <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/> Mg	<input type="text"/>	

Glucagon			
Tiras Reactivas	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tiras	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tiras	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tiras	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tiras	<input type="text"/>

Otros Tratamientos		Unidades x Toma	Toma x Día	Toma x Semana	Dosis Mensual
Nombre Genérico	Medicamento				
Antihipertensivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipolipemiantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antiagregantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada

.....

.....

Estilo de Vida

Automonitoreo (S/N)	<input type="checkbox"/>	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)	<input type="checkbox"/>
Nro. veces por día / semana	<input type="text"/>	Educación diabetológica? (S/N)	<input type="checkbox"/>
Actividad Física (S/N)	<input type="checkbox"/>	Plan de alimentación saludable? (S/N)	<input type="checkbox"/>
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	<input type="checkbox"/>	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)	<input type="checkbox"/>

Médico Tratante

DOMICILIO

LOCALIDAD - PROVINCIA Tel: