Plantilla obligatoria de tratamiento Prolongado Diabetes

DATOS PERSONALES

CUIL (Sin Guiones) _____ N° de Beneficiario _____

Apellido _____ Nombre(s) _____

Fecha del primer diagnóstico ☐☐☐ Edad ☐

Edad al diagnóstico ☐ Diabetes tipo: 1 ☐ 2 ☐ Otro tipo: _____

Antecedentes Familiares ☐

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso: ☐ Talla: ☐ IMC: ☐ CC: ☐

COMPLICACIONES	SI	NO	FECHA		
1. PRESENTA HIPOGLUCEMIA	☐	☐	☐	☐	☐
2. RETINOPATÍA	☐	☐	☐	☐	☐
3. NEFROPATÍA	☐	☐	☐	☐	☐
4. NEUROPATÍA PERIFÉRICA	☐	☐	☐	☐	☐
5. MACROVASCULAR	☐	☐	☐	☐	☐
6. DISLIPEMIA	☐	☐	☐	☐	☐
7. OBESIDAD	☐	☐	☐	☐	☐
8. TABAQUISMO	☐	☐	☐	☐	☐
9. HIPERTROFIA VENTRICULAR	☐	☐	☐	☐	☐
10. INF. AGUDO DEL MIOCAR.	☐	☐	☐	☐	☐
11. INSUF. CARDÍACA	☐	☐	☐	☐	☐
12. A.C.V.	☐	☐	☐	☐	☐
13. CEGUERA	☐	☐	☐	☐	☐
14. VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	☐	☐	☐	☐	☐
15. AMPUTACIÓN	☐	☐	☐	☐	☐
16. DIÁLISIS	☐	☐	☐	☐	☐
17. TRASPLANTE RENAL	☐	☐	☐	☐	☐

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS*	FECHA		
1. HBA1C (últimos dos valores) _____	☐	☐	☐
2. GLUCEMIA EN AYUNO (últimos dos valores) _____	☐	☐	☐
3. FONDO DE OJOS _____	☐	☐	☐
4. FUNCIÓN RENAL _____	☐	☐	☐
CREATININA _____ UREA _____ MICROALBUMINURIA _____	☐	☐	☐
5. EXÁMEN DE PIE _____	☐	☐	☐
6. TRIGLICÉRIDOS _____	☐	☐	☐
7. LD.LC. _____	☐	☐	☐
8. T.A SISTÓLICA _____	☐	☐	☐
9. T.A DIASTÓLICA _____	☐	☐	☐

Bmé. Mitre 1902 (C1039AAD) C.A.B.A. - (011) 49537277 / Fax: (011) 4953 7422 - www.osa-aeronavengantes.com - osa@aeronavengantes.com

ACTIVIDADES Y TRATAMIENTOS QUE RECIBE

	SI	NO	
1. REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	☐	☐	
2. AUTOMONITOREO DBT	☐	☐	
3. CUMPLE ADEC. CON EL TTO.	☐	☐	
4. FÁRMACOS ANTIHIPERTENS	☐	☐	
5. FÁRMACOS HIPOLIPEMIANT	☐	☐	
6. ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO	☐	☐	
7. HIPOGLUCEMIANTE ORAL	☐	☐	
8. INSULINA BASAL	☐	☐	CUAL: .....
9. INSULINA DE CORRECCIÓN	☐	☐	CUAL: .....

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* ADJUNTAR COPIA DE LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Fecha

Firma y sello del médico tratante