

DIABETES - Resolución 1711/2014

Nombre y apellido: _____

D.N.I.: _____ Afiliado: _____

Tipo de diabetes (Tachar lo que NO corresponda)

Diabetes Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>
Edad al Diagnóstico: _____	
Dislipemia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Obesidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tabaquismo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Complicaciones (Tachar lo que NO corresponda. De colocar SI, agregar fecha, evento, diagnóstico)

Hipertrofia ventricular:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Infarto agudo de miocardio:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Insuficiencia cardíaca:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Accidente cerebrovascular:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Retinopatía:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Ceguera:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Neuropatía periférica:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Vasculopatía periférica:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Amputación:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Nefropatía:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Díalisis:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___
Trasplante renal:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	___/___/___

Estudios

Glucemia en ayunas		___/___/___
HbA1C		___/___/___
LDLc		___/___/___
Triglicéridos		___/___/___
Microalbuminuria	S/Dato	___/___/___
	Normal	___/___/___
	Patológico	___/___/___
TA Sistólica		___/___/___
TA Diastólica		___/___/___
Creatina sérica		___/___/___
Fondo de ojo	S/Dato	___/___/___
	Normal	___/___/___
	Patológico	___/___/___
Peso		___/___/___
Talla		___/___/___
Circunferencia abdominal		___/___/___

Tratamiento (Tachar lo que NO corresponda)

Automonitoreo glucémico:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Actividad física:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cumple adecuadamente tratamiento:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fármacos antihipertensivos:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fármacos hipolipemiantes:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ácido acetil salicílico:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipoglucemiantes orales:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insulina basal:		
Insulina de corrección:		

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello del Profesional