

REEMPADRONAMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS / SUBPROGRAMA DIABETES

NOTA: Los adatos aportados en esta planilla revisten carácter de Declaración Jurada.

1) DATOS DEL AFILIADO /

NOMBRE Y APELLIDO (completo) / _____ Sexo / _____

Nº DE AFILIADO / _____ Edad / _____

Domicilio / _____ Localidad / _____

Partido / _____ Teléfono / _____

2) DATOS DEL MÉDICO TRATANTE /

NOMBRE Y APELLIDO / _____ Matrícula Nº / _____

Especialidad / _____ Teléfono / _____

Institución / _____ Domicilio / _____

3) HISTORIA CLÍNICA /

Diagnóstico / DBI Tipo 1 DBI Tipo 2 Otras / _____

Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____ Peso / _____ Talla / _____ IMC / _____

Manifestaciones clínicas:

Poliuria	<input type="checkbox"/>	Polidipsia	<input type="checkbox"/>
Polifagia	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	Mal cicatrización	<input type="checkbox"/>
Neuropatía	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	Procesos infecciosos	<input type="checkbox"/>

Media Glucemias anuales / _____

Colesterol Total / _____

Hb Glicosiladas / _____

HDL / _____

Microalbuminuria / _____

LDL / _____

Glucosuria / _____

Triglicéridos / _____

Clearance de creatinina / _____

Informe oftalmológico / _____

Patologías concomitantes y/o complicaciones / _____

4) INFORME DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS /

HIPOGLUCEMIANTES ORALES

Metformina / _____ dosis/día _____ cant. de comp/día _____

Glibenclamida / _____ dosis/día _____ cant. de comp/día _____

Otros / _____ dosis/día _____ cant. de comp/día _____

_____ dosis/día _____ cant. de comp/día _____

_____ dosis/día _____ cant. de comp/día _____

INSULINAS

Origen	tipo	dosis/día	cant.aplic./día
--------	------	-----------	-----------------

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

CONTROL DE GLUCEMIA

Tiras colorimétricas _____ SI / NO _____ cant/día Tiras para reflectómetro _____ SI / NO _____ cant/día

Otros descartables /

Agujas _____ cant/día

Jeringas _____ cant/día

Lancetas _____ cant/día

Lapiceras _____ cant/día

Otros _____ cant/día

Otro dato que desee aportar / _____

Firma Médico

Firma Afiliado