

Nombre y Apellido	
DNI:	
Nº de afiliado:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Domicilio:	Localidad:
CP:	
Teléfono línea:	Celular:
Mail:	

DIAGNOSTICO (marcar lo que corresponda con una cruz)	Edad al Diagnóstico:
<input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional (113 A)	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 (115)
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 (114)	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 Insulinorequiriente (115 A)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (marcar lo que corresponda)	SI	NO
Dislepeimia	<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"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Infarto Agudo de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Hipoglucemias leve/severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Vasculopatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....
Transplante Renal	<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	.....	...../...../.....	Peso/...../.....
Microalbuminuria	normal/patológico	...../...../.....	Talla/...../.....
Creatinina Sérica	.....	...../...../.....	Circunferencia abdominal/...../.....
Examen de Pie normal/alterado	realizado/no realizado/...../.....		

TRATAMIENTOS A SEGUIR	SI	NO	SI	NO
Automonitoreo Glucémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fármacos Hipolipemiantes	<input type="checkbox"/>
Actividad Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ácido Acetilsalicílico	<input type="checkbox"/>
Cumple adecuadamente tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de Alimentación Saludable	<input type="checkbox"/>
Fármacos Antihipertensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Medicación	Marca	Presentación	Dosis Diaria	Año de Inicio
Metformina/...../.....
Sulfonilureas/...../.....
IDPP4/...../.....
Insulina Basal	vial/lapicera	.....	...../...../.....
Insulina Rápida	vial/lapicera	.....	...../...../.....
Liraglutide/...../.....
ISGLT 2/...../.....
Otros/...../.....
Tiras Reactivas	Nº de Mediciones/Semana	.....

Institución:
Datos de Contacto:

Firma y sello del profesional:

Fecha de emisión/...../.....

El formulario es de presentación anual, en caso de cambio de prescripción o dosis deberá completarlo nuevamente.
ESTE FORMULARIO NO REEMPLAZA LA RECETA MÉDICA