

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: M  F  Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

Año de diagnóstico (indique el año en que se le diagnosticó la diabetes): \_\_\_\_\_

Tipo de Diabetes  Tipo 1  Tipo 2  Gestacional  LADA  MODY  OTRA: \_\_\_\_\_

## LABORATORIO - Adjuntar informe de laboratorio actualizado

1. HbA1c: \_\_\_\_\_ %    2. Glucemia: \_\_\_\_\_ mg/dl    3. Creatinina: \_\_\_\_\_ en mg/dl

4. Índice Albumina/creatinina: \_\_\_\_\_ mg/gr    5. Antecedente de albuminuria o micro albuminuria :  SI  NO  No Sabe

## COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES

Peso (en kg) : \_\_\_\_\_ Talla (en mts.): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ (peso/talla<sup>2</sup>)

Si presenta comorbilidades y/o complicaciones, indicar con "X", sino dejar en blanco : (En RETINOPATÍA Y NEFROPATÍA, si no sabe, marcar NS)

RETINOPATÍA  /  NS    NEUROPATÍA     Antec. de ANGOR     DISLIPEMIA     HIPERTENSIÓN ART.

NEFROPATÍA  /  NS    PIE DIABÉTICO     Antec. de INFARTO/ACV     OBESIDAD     TABAQUISMO

## TRATAMIENTO

Indicar con una "X" y, en caso de marcar SI, completar la información solicitada. (Por favor, tilde todas las opciones que correspondan)

### 1. INSULINA: Nombre Genérico

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASPARTÁTICA - Unidad/día: _____	<input type="checkbox"/> NPH - Unidad/día: _____	<input type="checkbox"/> GLARGINA 100 - Unidad/día: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LISPRO - Unidad/día: _____	<input type="checkbox"/> GLULISINA - Unidad/día: _____	<input type="checkbox"/> GLARGINA 300 - Unidad/día: _____
		<input type="checkbox"/> DEGLUDEC - Unidad/día: _____	<input type="checkbox"/> DETEMIR - Unidad/día: _____	<input type="checkbox"/> OTRAS: _____

### 2. HIPOGLUCEMIANTES ORALES (En caso de asociación de drogas, marcar ambas. Ejm.: Glimepirida+Metformina) :

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GLIPIZIDA	<input type="checkbox"/> GLIBENCLAMIDA	<input type="checkbox"/> GLICLAZIDA
DOSIS (mg/día) _____		<input type="checkbox"/> EMPAGLIFLOZINA	<input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDA	<input type="checkbox"/> METFORMINA
		<input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDA+METF.	<input type="checkbox"/> DAPAGLIFLOZINA	<input type="checkbox"/> OTROS: _____

### 3. INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDAZA 4 (IDPP4)

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SITAGLIPTINA	<input type="checkbox"/> VILDAGLIPTINA	<input type="checkbox"/> LINAGLIPTINA
DOSIS (mg/día) _____		<input type="checkbox"/> SITAGLIPTINA+METF.	<input type="checkbox"/> VILDAGLIPTINA+METF.	<input type="checkbox"/> LINAGLIPTINA+METF.

### AUTOMONITOREO - Completar el número de controles por día o por semana

SI  NO  POR DÍA: \_\_\_\_\_ / POR SEMANA: \_\_\_\_\_

Estimado Dr/a: El llenado de esta ficha puede facturarse bajo el código 12.421903 con idéntico valor al de una consulta médica. No será abonado si no se completa adecuadamente.

## DATOS DE LA/EL PROFESIONAL

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA Y SELLO