

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/talla²)

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: _____

DATOS DE LA/EL PROFESIONAL

Apellido y nombre: _____

FECHA: ___/___/___

FIRMA Y SELLO