

PLANILLA DIABETES

Fecha:

DATOS DEL TITULAR

Apellido y nombre	
Edad	Fecha de nacimiento
N° Afiliado	Tipo y N°/Doc
Domicilio	Código postal
Localidad	Provincia
Teléfono	Correo electrónico

Diabetes	Tipo I <input type="checkbox"/>	Tipo II <input type="checkbox"/>	Insulinorrequierente <input type="checkbox"/>	MODY <input type="checkbox"/>	LADA <input type="checkbox"/>	Gestacional <input type="checkbox"/>
Edad de diagnóstico	Factores asociados	TBQ <input type="checkbox"/>	Dislipemia <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	

PLANILLA DE CONTROL PERIÓDICO DE SALUD

Parámetro			Valor	Fecha medición <small>(dd/mm/aaaa)</small>
Glucemia en ayunas	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Hb1AC (g/dl)	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Colesterol LDL	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Colesterol HDL	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Triglicéridos	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Creatinina	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Microalbuminuria	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Peso (kg)	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Talla (cm)	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Circunferencia abdominal	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
TA sistólica	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
TA diastólica	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Fondo de ojo	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Control pies (piel y faneras)	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		
Clearance Creatinina	Normal <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>		

COMPLICACIONES

IAM (Infarto agudo de miocardio) <input type="checkbox"/>	Hipertrofia ventricular <input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/>	ACV <input type="checkbox"/>
Neuropatía periférica <input type="checkbox"/>	Vasculopatía periférica <input type="checkbox"/>	Amputación <input type="checkbox"/>	Neuropatía <input type="checkbox"/>
Retinopatía <input type="checkbox"/>	Ceguera <input type="checkbox"/>	Díalisis <input type="checkbox"/>	Trasplante renal <input type="checkbox"/>
			Hipoglucemias <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actividad física | <input type="checkbox"/> Insulinoterapia | <input type="checkbox"/> Fármacos antihipertensivos |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Bomba de insulina | <input type="checkbox"/> Fármacos hipolipemiantes |
| <input type="checkbox"/> Automonitoreo | <input type="checkbox"/> Glucagon | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico | | |

ADHERENCIA

Buena Parcial Mala

INMUNIZACIONES

dPTa Antigripal Prevenar 13 Neumo23

INDICACIONES FARMACOLÓGICAS**HIPOGLUCEMIANTES**

Droga	Dosis/d (mg)

INSULINA

Nombre comercial	Presentación	Unidad/d

TIRAS REACTIVAS

Marca comercial

Cantidad de controles indicados por mes:

Comentarios y Justificación de tratamiento:

Farmacia elegida:

.....
Firma del afiliado

.....
Firma y sello del profesional