

TRATAMIENTO PROLONGADO - DIABETES

(Completar por Médico Endocrinólogo, especialista en Clínica Médica, Generalista o de Familia)

Datos del afiliado

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE AFILIADO: _____
 EDAD: _____ FECHA: _____
 Tipo de diabetes: 1 2 Gestacional: Año de diagnóstico:
 Insulinorequiriente:

Historia clínica

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

HTA: SI NO ACV: SI NO Retinopatía: SI NO

Patología vascular periférica: SI NO Neuropatía: SI NO

Angina y/o infarto: SI NO Nefropatía: SI NO Pie DBT: SI NO

Tabaquismo: SI NO Alcohol: SI NO

Complicaciones

Antecedentes de acidosis y coma: SI NO Fecha:
 Antecedentes de hipoglicemias graves: SI NO Fecha:

Laboratorio

Glicemia: _____ Fecha: _____
 Hb1Ac: _____ Fecha: _____

Tratamientos

Actividad física: SI NO Dieta dbt y/o dislipemia: SI NO

Observaciones: _____

AGENTES ORALES

Nombre comercial	Presentación	Monodroga	Dosis diaria

INSULINA

Nombre comercial	Presentación	Monodroga	Dosis diaria

INCRETINA INYECTABLE

Nombre comercial	Presentación	Monodroga	Dosis diaria

Tiras reactivas para automonitoreo: SI NO Cantidad diaria:

Médico tratante

Nombre y apellido: _____ Matricula: _____
 Dirección profesional: _____ Tel.: _____ e-mail: _____

Firma del paciente

Firma y sello del médico