

## Ficha de seguimiento para la atención de pacientes diabéticos

(hoja 1 de 2)

Programa de prevención y control de personas con diabetes Mellitus Tipo I y II

Este formulario debe ser completado cada 6 meses junto con la receta original de los fármacos o en cada modificación de tratamiento.

DNI: \_\_\_\_\_ Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tipo de diabetes:  Tipo 1  Tipo 2  Gestacional  Otro

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ Antecedentes familiares de diabetes:  Si  No

**COMPLICACIONES:** Presenta hipoglucemias  Si  No En caso afirmativo responda a continuación

Grado:  Leve  Moderada /  Con Pérdida de Conocimiento / Frecuencia Semanal \_\_\_\_\_ veces

Retinopatía  Si  No Diálisis  Si  No Transplante Renal  Si  No

Nefropatía  Si  No Ceguera  Si  No Hipertrofia Vent.  Si  No

Amputación  Si  No Vaculopatía P.  Si  No Insuf. Cardíaca  Si  No

PRESTACIÓN	VALORES	FECHA
Glucemia		
HBA1C		
Creatinina		
LDL		
Triglicéridos		
Microalbuminuria		

PRESTACIÓN	VALORES
Peso (kg)	
Perímetro abdominal (cm)	
TA sistólica (Mmhg)	
TA distólica	
Fondo de ojo	<b>NORMAL / PATOLÓGICO</b>
Talla	

## Ficha de seguimiento para la atención de pacientes diabéticos

(hoja 2 de 2)

Programa de prevención y control de personas con diabetes Mellitus Tipo I y II

Automonitoreo glucémico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fármacos hipolipemiantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actividad física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ácido Acetilsalisílico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cumple adecuadamente el tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemiantes orales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fármacos antihipertensivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Insulina basal (nombre comercial)

Insulina de corrección (nombre comercial)

### PLAN DE TRATAMIENTO

	MONODROGA	GRAMAJE UI	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL	% DE COBERTURA
Insulina					
Medicamentos orales					
Agujas					
Lancetas					
Tiras reactivas					
Medidor de glucemia en uso					

Fecha:

Firma y sello del profesional (agregar institución sólo si no pertenece a CEMIC)