



DATOS DEL PACIENTE

(*Datos obligatorios)

* FECHA ____ / ____ / ____

* Nombre y Apellido:

* DNI: CUIL:

* Teléfono: Edad:

* Domicilio:

* Localidad: * Provincia:

DE LA PATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

* TIPO DE DIABETES:

* INTERNACIONES POR DIABETES:

DBT 1 DBT 2 DBT Gestacional

SI NO Fecha de última internación:|.....|.....

* Fecha de registro:|.....|..... * Edad de diagnóstico:

Dislipemia Obesidad HTA Tabaquismo

COMPLICACIONES

IAM Vasculopatía

IC Amputación

ACV Nefropatía

Retinopatía Diálisis

Ceguera Trasplante renal

Neuropatía perl. Hipertrofia ven.....

* HIPOGLUCEMIA

SI NO GRADO: Leve/moderada Con pérdida de conocimiento

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

* Fecha del laboratorio:|.....|.....

* Glucemia en ayunas: Micro albuminuria:

* HbA1C: Creatinina:

* LDLc: Fondo de ojo:

TA Sistólica: * Triglicéridos:

TA Diastólica: OTROS:



ANTROPOMETRÍA

(*Datos obligatorios)

Talla: Peso:

IMC: Circunferencia abdominal:

* TRATAMIENTO

Automonitoreo: _____ SI NO Actividad física: _____ SI NO Cumple adecuadamente: _ SI NO

Antihipertensivos: _____ SI NO Hipolipemiantes: _____ SI NO AAS: _____ SI NO

* Hipoglucemiantes: _____ SI NO ¿Cuál?:

* Insulinas basal: _____ SI NO ¿Cuál?:

* Insulinas de corrección: SI NO ¿Cuál?:

INSULINA:

Concentración:

Dosis diaria:

Forma farmacéutica:

INSULINA:

Concentración:

Dosis diaria:

Forma farmacéutica:

HIPOGLUCEMIANTES:

Concentración:

Dosis diaria:

Forma farmacéutica:

TIRAS REACTIVAS (Marca):

Dosis mensual:

LANCETAS:

Dosis mensual: