



## EMPADRONAMIENTO DE DIABETES

1. DATOS DEL AFILIADO					
Apellido y Nombre:					
Edad:	Fecha de Nacimiento:			CUIT/CUIL:	
N° Afiliado:			Tipo y N° Doc.:		
Domicilio:				Código Postal:	
Localidad:			Provincia:		
Teléfono:			e-mail:		
2. TIPO DE DIABETES					
Tipo I: <input type="checkbox"/>	Tipo II: <input type="checkbox"/>	Insulino requiriente: <input type="checkbox"/>	MODY: <input type="checkbox"/>	LADA: <input type="checkbox"/>	Gestacional: <input type="checkbox"/>
Año de diagnóstico:					
3. PLANILLA DE CONTROL PERIÓDICO DE SALUD			Fecha de Resultado:		
Parámetro de laboratorio			Valor		
Glucemia en ayunas					
Hb1AC					
Colesterol LDL					
Colesterol HDL					
Triglicéridos					
Creatinina					
Clearence Creatinina			Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	Valor:
Microalbuminuria					
Índice Albumina / Creatina en orina matinal			Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	Valor:
Peso					
Talla					
TA sistólica					
TA diastólica					
Fondo de ojo			Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	
Control de pies			Normal: <input type="checkbox"/>	Alterado: <input type="checkbox"/>	

**4. COMORBILIDADES (Marcar sólo respuestas Afirmativas)**HTA:       Dislipemia:       Tabaquismo:       Obesidad: **5. COMPLICACIONES (Marcar sólo respuestas Afirmativas)**IAM (infarto agudo de miocardio):       Hipertrofia ventricular:       Insuficiencia cardíaca:       ACV: Neuropatía periférica:       Vasculopatía periférica:       Amputación:       Neuropatía: Retinopatía:       Ceguera:       Diálisis:       Trasplante renal:       Hipoglucemias: **6. TRATAMIENTO (Marcar sólo respuestas Afirmativas)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <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 |  |   |

**7. INDICACIONES FARMACOLÓGICAS**

Año de inicio:

Droga	Presentación	Dosis / d /
Metformina		
Sulfonilureas (especificar cuál)		
IDPP4		
Inh... del SGLT2		
Insulina basal		
Insulina rápida		
Antihipertensivos		
Hipolipemiantes		
Tiras reactivas (indicar marca comercial)		

**8. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido y Nombre:

Matrícula Nacional:

Matrícula Provincial:

Domicilio:

Localidad:

Fecha:

Firma y sello del profesional:

**Debe presentarse cada semestre del año y con fecha del semestre  
Presentar en la Obra Social**