



FORMULARIO PARA COBERTURA Y REGISTRO PACIENTE CON DIABETES

FECHA Y LUGAR: _____ NOMBRE DEL AFILIADO: _____

DNI/CUIL: _____ FECHA DE DIAGNÓSTICO:...../...../.....

DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

MARCAR CON UNA X

TIPO DE DIABETES	DTM 1		DTM 2		OTROS	
------------------	-------	--	-------	--	-------	--

COMORBILIDADES

DISLIPEMIA		OBESIDAD		NO PRESENTA	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		TABAQUISMO			

COMPLICACIONES DE DBT	FECHA	SI	NO
HIPERTROFIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO			
INFARTO DE MIOCARDIO			
INSUFICIENCIA CARDÍACA			
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR			
RETINOPATÍA			
CEGUERA			
NEUROPATÍA PERIFÉRICA			
VASCULOPATÍA PERIFÉRICA			
AMPUTACIÓN DE MIEMBROS			
NEFROPATÍA			
DIÁLISIS			
TRASPLANTE RENAL			
STENT			
CREM			
ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO			
NO PRESENTA			

PLANILLA SEGUIMIENTO			
BIOMARCADORES Y CONTROLES			
	FECHA	VALORES/ RESULTADOS	
GLUCEMIA			
HbA1c			
LDL			
TRIGLICÉRIDOS			
TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA			
TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA			
CREATININA			
PESO			
TALLA			
		ALTERADO	NORMAL
FONDO DE OJOS			
INSPECCIÓN DE PIES			

TRATAMIENTO DIABETES	INDICAR MEDICACIÓN
METFORMINA	
SULFONILUREAS	
INHIBIDORES DDP-4	
INHIBIDORES SGLT-2	
AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1	
INSULINA BASAL	
INSULINA CORRECCIÓN	
BOMBA DE INSULINA	
SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	

TRATAMIENTO COMORBILIDADES	INDICAR MEDICACIÓN
HIPOLIPEMIANTE	
ANTIHIPERTENSIVO	
ANTIAGREGACIÓN	
NO RECIBE	