

PLANILLA DIABETES

Fecha:

DATOS DEL TITULAR

Apellido y nombre

Edad

Fecha de nacimiento

N° Afiliado

Tipo y N°/Doc

Domicilio

Código postal

Localidad

Provincia

Teléfono

Correo electrónico

Diabetes

 Tipo I

 Tipo II

 Insulinorrequierente

 MODY

 LADA

 Gestacional

Edad de diagnóstico

Factores asociados

 TBQ

 Dislipemia

 Obesidad

 HTA
PLANILLA DE CONTROL PERIÓDICO DE SALUD

| Parámetro | | Valor | Fecha medición <small>(dd/mm/aaaa)</small> |
|-------------------------------|---|-------|---|
| Glucemia en ayunas | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Hb1AC (g/dl) | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Colesterol LDL | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Colesterol HDL | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Triglicéridos | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Creatinina | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Microalbuminuria | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Peso (kg) | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Talla (cm) | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Circunferencia abdominal | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| TA sistólica | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| TA diastólica | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Fondo de ojo | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Control pies (piel y faneras) | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |
| Clearence Creatinina | Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> | | |

COMPLICACIONES

 IAM (Infarto agudo de miocardio) Hipertrofia ventricular Insuficiencia cardíaca ACV

 Neuropatía periférica Vasculopatía periférica Amputación Neuropatía

 Retinopatía Ceguera Diálisis Trasplante renal Hipoglucemias

TRATAMIENTO

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

ADHERENCIA

Buena Parcial Mala

INMUNIZACIONES

dPTa Antigripal Prevenar 13 Neumo23

INDICACIONES FARMACOLÓGICAS**HIPOGLUCEMIANTES**

| Droga | Dosis/d (mg) |
|-------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

INSULINA

| Nombre comercial | Presentación | Unidad/d |
|------------------|--------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

TIRAS REACTIVAS

Marca comercial

Cantidad de controles indicados por mes:

Comentarios y Justificación de tratamiento:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Farmacia elegida:

.....
Firma del afiliado

.....
Firma y sello del profesional