

FORMULARIO DE DIABETES

OBRA SOCIAL (SIGLAS)	OSTEP	Nº RNOS	1-2610-6			
DATOS DEL AFILIADO						
APELLIDO	CUIT/CUIL	EDAD	SEXO			
DOC TIPO	NRO.	FECHA DE NACIMIENTO	Nº AFILIADO			
TELÉFONO	TELÉFONO CELULAR					
CALLE	Nº	PISO	DPTO. C.P.			
LOCALIDAD	PROV.		BARRIO			
E-MAIL						
DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)						
APELLIDO	NOMBRE					
MATRÍCULA	ESPECIALIDAD					
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA						
DIAGNÓSTICO						
TIPO 1 <input type="checkbox"/>	TIPO 2 <input type="checkbox"/>	OTROS TIPOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE REGISTRO <input type="text"/>	FECHA DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/>		
COMORBILIDADES						
DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>			
COMPLICACIONES						
HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RETINOPATÍA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMPUTACIÓN DE MIEMBROS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CEGUERA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NEFROPATÍA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INSUF. CARDÍACA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NEUROPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIÁLISIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ACC. CEREBROVASCULAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VASCULOPATÍA PERIFÉRICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSP. RENAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESTUDIOS	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS			TA SISTÓLICA		INSPECCIÓN DE PIES	
HBA1C			TA DIASTÓLICA		PESO	
LDL			CREATININA		TALLA	
TRIGLICÉRIDOS			FONDO DE OJO			
TRATAMIENTO						
TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE (ESTATINAS U OTROS)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AUTOMONITOREO GLUCÉMICO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ANTIAGREGACIÓN (ÁCIDO SALICÍLICO U OTROS)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BOMBA DE INSULINA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FARMACO			PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO	
Metformina						
Pioglitazona						
Sulfonilureas						
ISGLT2						
IDPP4						
INSULINA	Tto. Intensificado (completar)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
INSULINA BASAL			Vial <input type="checkbox"/> Lapicera <input type="checkbox"/>			
INSULINA CORRECCION			Vial <input type="checkbox"/> Lapicera <input type="checkbox"/>			
TIRAS REACTIVAS:	(Marca) por día: _____ / Lancetas _____ agujas _____ mm					

 FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

 FECHA

 FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO