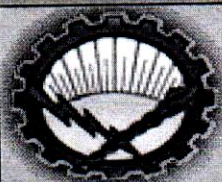


FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA PACIENTES CON DIABETES

(Resolución 1156/2014)

Este formulario debe ser completado cada 6 meses junto con la receta original de los fármacos o ante cada modificación del tratamiento.



DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:		Número de afiliado:	
Delegación:	Filial:	Localidad:	
DNI:		Sexo: F ☐ M ☐	
Edad:			
Tipo de diabetes	Tipo 1 ☐	Tipo 2 ☐	Gestacional ☐
Fecha de debut o diagnóstico de diabetes: __/__/__		Otros tipos de diabetes ☐	
Antecedentes familiares de diabetes Si ☐ No ☐		Edad al diagnóstico:	
Dislipemia: Si ☐ No ☐	Obesidad: Si ☐ No ☐	Tabaquismo: Si ☐ No ☐	

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso:	Talla:	IMC:	Circunferencia Cintura *:
-------	--------	------	---------------------------

COMPLICACIONES

Presenta Hipoglucemias? Si ☐ No ☐			
En caso afirmativo:			
Leve ☐	Moderada ☐	Con pérdida de conocimiento ☐	Frecuencia semanal: ☐ veces
Retinopatía? Si ☐ No ☐	Glaucoma? Si ☐ No ☐	Ceguera? Si ☐ No ☐	
Nefropatía? Si ☐ No ☐	Dialisis? Si ☐ No ☐	TX renal? Si ☐ No ☐	
Hipertrof. Ventric? Si ☐ No ☐	IAM? Si ☐ No ☐	IC? Si ☐ No ☐	
Neuropatía? Si ☐ No ☐	Amputación? Si ☐ No ☐	Vasculopatía Periférica? Si ☐ No ☐	
HTA? Si ☐ No ☐	ACV? Si ☐ No ☐	Macrovasculares? Si ☐ No ☐	
Automonitoreo glucémico? Si ☐ No ☐	Actividad Física? Si ☐ No ☐	Cumple adecuadamente tto? Si ☐ No ☐	

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

Fármaco	Dosis	Antigüedad (fecha de comienzo de tto)	Cobertura completar por la auditoría médica) (a
Metformina			
Glibenclamida			
Gliclazida			
Insulina NPH			
Insulina Corriente			
Análogos de ins.			
Lancetas			
Tiras reactivas			

Otro fármacos o insumos para el tratamiento de la diabetes:

Antihipertensivos? Si ☐ No ☐	Hipolipemiantes? Si ☐ No ☐	Acido Acetilsalicílico? Si ☐ No ☐
--	--	---

LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Glucemia	Fecha __/__/__	HbA1c	Fecha __/__/__
Trigliceridos	Fecha __/__/__	LDLc	Fecha __/__/__
Microalbuminuria	Fecha __/__/__	TAS	Fecha __/__/__
Creatininemia	Fecha __/__/__	TAD	Fecha __/__/__

Fecha de último fondo de ojo: __/__/__
Ex. De Pie: Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Patológico ☐

Firma y sello del profesional
Especialidad:

Institución: O.S.F.A.T.L. y F.
Fecha:

*Tomada en el punto medio o equidistante entre el reborde costal y la cresta iliaca.