

# Programa de atención al paciente diabético

Nro Af: ..... Plan: ..... Fecha Nac: .....

Nombre y Apellido: ..... Nro DNI: .....

Domicilio: ..... Tel: .....

## Ficha Médica

Talla: ..... cm. Peso: ..... Kg.

**Diabetes:**  Tipo 1  Tipo 2  Gestacional Año de inicio de la diabetes: .....

Años de evolución de la enfermedad:

< de 5 años  6 a 10 años  11 a 15 años  16 a 20 años  > 21 años

## Tratamiento

Insulina: ..... Dosis: ..... UI/día

Insulina: ..... Dosis: ..... UI/día

Insulina: ..... Dosis: ..... UI/día

Antidiabéticos orales: ..... Dosis: ..... mg/día

Antidiabéticos orales: ..... Dosis: ..... mg/día

Antidiabéticos orales: ..... Dosis: ..... mg/día

Tiras reactivas: Marca ..... Unidades diarias: .....

Glucagón:  Si  No

Otros insumos: .....

## Control de evolución

Hb. glicosilada. Fecha: ..... Valor:  < 7%  7.1 a 8 %  8.1 a 9%  > 9.1%

Promedios de glucemias:  < 130 mg  131 a 180 mg  181 a 300 mg  > 301 mg

## Complicaciones:

Retinopatía:  No

Desconoce

Si  No proliferante

Proliferante

Nefropatía:  No

Desconoce

Si  Clínica

Sub-Clínica

Pie diabético:  No

Isquémico

Neuropático

Mixto

Dislipemia:  No

Desconoce

Si

Neuropatía:  No

Desconoce

Si

Arteriopatía  No

Periférica  Desconoce

Si

Tabaco:  No

Desconoce

Si

Cardiopatía  No

Isquémica  Desconoce

Si

H.T.A.:  No

Desconoce

Si

Stroke  No

Desconoce

Si

Obesidad  No

central  Desconoce

Si

**Médico tratante:** ..... M.N. .... M.P. ....

Domicilio: ..... Tel: .....

Lugar y fecha: .....

.....  
Firma y Sello

## Disposición de Auditoría Médica

### Autorizaciones:

Insulina: ..... Cant: .....  Mens  Trim

Insulina: ..... Cant: .....  Mens  Trim

Insulina: ..... Cant: .....  Mens  Trim

Antidiabéticos orales: ..... Cant: .....  Mens  Trim

Antidiabéticos orales: ..... Cant: .....  Mens  Trim

Antidiabéticos orales: ..... Cant: .....  Mens  Trim

Tiras reactivas: Marca ..... Cant: .....  Mens  Trim

Observaciones: .....

.....  
Firma y Sello