

Diabetes Mellitus

Formulario de actualización de tratamiento

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre:.....
DNI:.....Sex: FEM ☐ MASC ☐ Edad:
Domicilio:.....Teléfono:.....

DIAGNÓSTICO

Año del diagnóstico:.....
Tipo de diabetes:.....
Tratamiento actual:.....
(Detallar motivos del cambio de tratamiento en resumen de HC adjunto (pág. 2))

LABORATORIO (ADJUNTAR ULTIMOS 2 RESULTADOS)

Fecha:...../...../..... Glucemia (en mg/dl:.....Hba1C:.....
Fecha:...../...../..... Glucemia (en mg/dl:.....Hba1C:.....

HISTORIA CLÍNICA

Peso (en kg.):..... Talla (en cm.):.....

INDICAR CON UNA “X” LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

RETINOPATÍA ☐ NEUROPATÍA ☐ ANGOR Y/O INFARTO ☐ HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
NEFROPATÍA ☐ PIE DBT ☐ ACV ☐ PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA ☐

Diabetes Mellitus

Formulario de actualización de tratamiento

TRATAMIENTO INDICADO

INDICAR CON UNA “X” Y EN CASO DE INDICAR QUE SI, COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA
(TILDE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

Insulina:

☐ SI ☐ NO ☐ ASPÁRTICA ☐ LISPRO ☐ OTROS.....
Unidades/día..... ☐ GLULISINA ☐ HUMANA REGULAR ☐ Unidades/día

Insulina basal:

☐ SI ☐ NO ☐ HUMANA NPH ☐ OTROS.....
Unidades/día..... ☐ DEGLUDEC ☐ OBS
☐ GLARGINA ☐ Unidades/día

Hipoglucemiante Oral:

☐ SI ☐ NO ☐ METOFORMINA ☐ GLIBENCLAMIDA ☐ GLICLAZIDA
☐ GLIPIZIDA ☐ GLIMEPIRIDA ☐ OTROS.....

Automonitoreo:

☐ SI ☐ NO ☐ POR DÍA/ ☐ POR SEMANA MARCA COMERCIAL:.....

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre:.....

Matrícula:.....

Firma:

.Sello:.....