

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:			
Edad:		Sexo:	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Tipo de diabetes	Tipo 1 <input type="radio"/>	Tipo 2 <input type="radio"/>	Gestacional <input type="radio"/> Otros tipos de diabetes <input type="radio"/>
Fecha de debut o diagnóstico de diabetes: ___/___/___		Edad al diagnóstico:	
Antecedentes familiares de diabetes Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Dislipemia: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Obesidad: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tabaquismo: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

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

COMPLICACIONES

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

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 <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hipolipemiantes? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Acido Acetilsalicílico? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
--	--	---

LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Glucemia	Fecha ___/___/___	HbA1c	Fecha ___/___/___
Triglicéridos	Fecha ___/___/___	LDLc	Fecha ___/___/___
Microalbuminuria	Fecha ___/___/___	TAS	Fecha ___/___/___
Creatininemia	Fecha ___/___/___	TAD	Fecha ___/___/___

Fecha de último fondo de ojo: ___/___/___ Normal Patológico

Ex. De Pie: Normal Anormal

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.