



O.S.P.E.S.

PLANILLA OBLIGATORIA DE TRATAMIENTO PROLONGADO DIABETES

DATOS PERSONALES

DELEGACION:
NOMBRE Y APELLIDO:
CARNET N°: EDAD:
N° DE CUIL:
DIABETES TIPO: 1 2 GESTACIONAL OTRO TIPO:
FECHA DEL PRIMER DIAGNOSTICO:
EDAD AL DIAGNOSTICO:
ANTECEDENTES FAMILIARES:

DATOS ANTROPOMETRICOS

PESO: TALLA: IMC: CC:

COMPLICACIONES

FECHA:

1. PRESENTA HIPOGLUCEMIA:	SI	NO
2. RETINOPATIA:	SI	NO
3. NEFROPATIA:	SI	NO
4. NEUROPATIA PERIFERICA:	SI	NO
5. MACROVASCULAR:	SI	NO
6. DISLIPEMIA:	SI	NO
7. OBESIDAD:	SI	NO
8. TABAQUISMO:	SI	NO
9. HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI	NO
10. INF. AGUDUDO DEL MIOCAR.	SI	NO



O.S.P.E.S.

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| 11. INSUF. CARDIACA: | SI | NO |
| 12. A.C.V: | SI | NO |
| 13. CEGUERA: | SI | NO |
| 14. VASCULOPATIA PERIFERICA: | SI | NO |
| 15. AMPUTACION: | SI | NO |
| 16. DIALISIS: | SI | NO |
| 17. TRASPLANTE RENAL: | SI | NO |

OBSERVACIONES:

.....

LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS*

1. HBA1C (últimos dos valores):.....FECHA.....
2. GLUCEMIA EN AYUNO (últimos dos valores):.....FECHA.....
3. FONDO DE OJOS:.....FECHA.....
4. FUNCION RENAL:
- CREATININA: UREA: MICROALBUMINURIA:
5. EXAMEN DE PIE:.....FECHA.....
6. TRIGLICERIDOS.:..... FECHA.....
7. LD.LC.....FECHA.....
8. T.A SISTOLICA:.....FECHA.....
9. T.A DIASTOLICA:..... FECHA.....

ACTIVIDADES Y TRATAMIENTOS QUE RECIBE:

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| 1. REALIZA ACTIVIDAD FISICA: | SI | NO |
| 2. AUTOMONITOREO DBT: | SI | NO |



O.S.P.E.S.

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| 3. CUMPLE ADEC. CON EL TTO: | SI | NO |
| 4. FARMACOS ANTIHIPERTENS: | SI | NO |
| 5. FARMACOS HIPOLIPEMIANT.: | SI | NO |
| 6. ACIDO ACETIL SALICILICO.: | SI | NO |

7. HIPOGLUCEMIANTE ORAL.: SI NO

8. INSULINA BASAL: SI NO CUAL:

9. INSULINA DE CORRECCION: SI NO CUAL:

OBSERVACIONES:

.....

- *** ADJUNTAR COPIA DE LABORATORIOS Y EXAMENES
COMPLEMENTARIOS:**

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE: