

**FORMULARIO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONA CON DIABETES  
MELLITUS RES.764/2018 ADAPTADO POR PRO.DIA.MEN. 2019**

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**

CAPS N°:  HOSPITAL:

**Departamento:** **Médico:**

**Mat.Prof. :** **e-mail:**

**Especialidad otorgada por Consejo Deontológico:**

**DATOS FILIATORIOS**

•Nombre y Apellido:

•Nacionalidad:

•Ocupación:

•Edad:

•Género:

•DNI:

•Otro:

•Domicilio:

•Departamento:

•Teléfono:

•e-mail:

•Tipo de diabetes mellitus:  1  2  Gestacional  Otro

•Años de diagnóstico de diabetes:

•Edad al diagnóstico:

•Obra Social:  Si, especificar cuál:  No

**DATOS DEL EXAMEN FÍSICO**

•Peso:

•Talla:

•IMC:

•TA:

•Circunferencia de Cintura:

•Examen de pie:  Si  No

Monofilamento:  Normal  Alterado

**COMPLICACIONES**

•Hipoglucemias:  Sí, especificar:  leve  severa

•Retinopatía:  Si  No

•Nefropatía:  Si  No

•Neuropatía:  Si  No •Periférica  Si  No

•Autonómica  Si  No

•Macrovascular:  Si  No •IAM  Si  No

•Arteriopatía  Si  No

•ACV  Si  No



**COMORBILIDAD**

•HTA:  Si  No

•Dislipidemia:  Si  No

•Tabaquismo:  Si  No

**DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO**

•Plan de alimentación saludable:  Si  No

•Actividad Física:  Si  No

•Educación diabetológica realizada:  Si, en  CAPS  No  HOSPITAL  Otros: especificar

•A cargo de:

Médico  Enfermero  Nutricionista  Otros: especificar

**MEDICACIÓN ACTUAL**

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
Metformina			
Sulfonilureas ( especificar cuál)			
Insulina basal (especificar cuál) <input type="checkbox"/> NPH <input type="checkbox"/> glargina <input type="checkbox"/> detemir	<input type="checkbox"/> vial <input type="checkbox"/> lapicera		
Insulina rápida <input type="checkbox"/> corriente <input type="checkbox"/> análogo <input type="checkbox"/> aspártica	<input type="checkbox"/> vial <input type="checkbox"/> lapicera		
Otras insulinas (especificar cuál)			
Otro			

•Sensor:  Si, especificar marca:  No

Tiras reactivas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cantidad de tiras reactivas	POR DÍA	POR MES

**EXAMENES (ÚLTIMOS 12 MESES)**

ESTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA EN CASO DE NO COINCIDIR LOS DATOS DEL PACIENTE CON LA BASE DE DATOS DEL RENAR, SE DEVOLVERÁ PARA SU CORRECTO LLENADO.



<b>Fecha</b>				
HbA1c				
Glucemia en ayunas				
Fondo de ojo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	<input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	<input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	<input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP
Índice Albuminuria/creatininuria en orina matinal	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado
Examen de pie	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado
Examen odontológico	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Realizado

● **PROGRAMA PROVINCIAL DE DIABETES**

AUTORIZO  SI

NO

FECHA:

**Abreviaturas**

ACV: accidente cerebro vascular

IAM: infarto agudo de miocardio

IMC: índice de masa corporal

RD: retinopatía diabética

RDNP: retinopatía diabética no proliferativa

RDP: retinopatía diabética proliferativa.