**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 Nº: 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) NPH glarginadetemir |  vial  lapicera |  |  |
| Insulina rápida corriente análogo  aspártica |  vial  lapicera |  |  |
| Otras insulinas (especificar cuál) |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

•Sensor: Si, especificar marca: No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tiras reactivas |  Si |  No |
| Cantidad de tiras reactivas | POR DÍA | POR MES |
|  |  |

**EXAMENES (ÚLTIMOS 12 MESES)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  |  |  |  |
| HbA1c |  |  |  |  |
| Glucemia en ayunas |  |  |  |  |
| Fondo de ojo Si No |  Sin RD RDNP RDP |  Sin RD RDNP RDP |  Sin RD RDNP RDP |  Sin RD RDNP RDP |
| Índice Albuminuria/creatininuria en orina matinal |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |
| Examen de pie |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |
| Examen odontológico |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |  No realizado Realizado |  No realizado 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.