

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

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**  CAPS N°:

HOSPITAL:

**Departamento:**

**Médico:**

**Mat.Prof. :**

**Especialidad otorgada por Consejo Deontológico:**

**DATOS FILIATORIOS**

- Nombre y Apellido: •Nacionalidad: •Profesión
- Edad: •Género: •DNI: •Otro:
- Domicilio: •Departamento:
- 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
- No
- Retinopatía:  Si  No
- Nefropatía:  Si  No
- Neuropatía:  Si •Periférica   No
- Autonómica   No
- No
- Macrovascular:  Si • IAM   No
- Arteriopatía   No
- ACV   No
- 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

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"/> degludec	<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"/> lispro <input type="checkbox"/> glulicina	<input type="checkbox"/> vial <input type="checkbox"/> lapicera		
Otro			
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)**

Fecha Exámenes				
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

**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.