

## PROGRAMA DIABESS - NOA Centro de Calidad de Vida IPSST

				INGRESO	REINGRESO		
Nombre y Apellido:				TEL:			
Edad: Sexo:	M F	DNI:	]	LOCAL	IDAD:		
Tipo de Diabetes:	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 2 R	LADA			
Tipo de Diabetesi	Gestacional		Otros:				
FACTORES DE RIESGO: TABACO		SEDENTARISMO		SLIPRMICO	НТА		
Años de Antigüedad:	Anto	ecedentes Familiare	es de Diabetes:				
DATOS ANTROPOMETRICOS							
Peso: Talla:		IMC:		CC:	_		
• COMPLICACIONES							
Presenta Hipoglucemias: SI NO En caso afirmativo responda:							
Grado: Leve Moderada	Con pérdid	a de conocimiento		Frecuencia Semana	ıl:		
Retinopatía: SI	NO	Neuropatía:		SI NO			
Nefropatía: SI	NO	Macrovascu	ılar:	SI NO			
DATOS REFERIDOS AL TRATAN	MIENTO			CUAL? (	)		
FARMACO/ marca sugerida		DOSIS		MG/DIA	ANTIGUEDAD		
Metformina							
Glibenclamida							
Glicazida/Glitazonas							
Glimepirida							
DPP 4							
GLP 1(Liraglutide)							
SGLT2							
Insulina NPH/Mezclas							
Insulina Corriente							
Insulina Ultra-rapida							
Glargina/							
Detemir							
Degludec							
Tiras de glucemia							
Lancetas Monitor							
Agujas							
	SI NO	Antigüedad:					



## • LABORATORIO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1-	HbA1c (dos últimos valores):		6- LDL COLESTEROL:
2-	Glucemia de Ayuno (dos últimos valores):		
3-	Fondo de Ojo:	Fecha:	Normal Patológico
4- Función Renal:	Creatinina:	Clearence de Creatinina:	
	Urea:	Microalbuminuiria:	
5-	Examen de Pie:		7- EDUCACION DIABETOLOGICA: SI NO

Firma médico tratante: Matrícula:

Mail médico tratante

FORMULARIO QUE DEBE SER COMPLETADO 1 VEZ AL AÑO Y CADA VEZ QUE CAMBIE ESQUEMA DE TRATAMIENTO-

REEMPLAZA A LA HISTORIA CLÍNICA. DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD, ADJUNTANDO COPIA DE LOS ESTUDIOS.