

Programa de Diabetes

Apellido y Nombre:

Lugar y fecha.....

Fecha de registro:.....

Edad de registro:

Diabetes tipo:	Tipo 1	Tipo 2
Obesidad	Si	No
Dislipemia:	Si	No
Tabaquismo	Si	No

COMPLICACIONES

Hipertrofia Ventricular	Si	No
I.A.M	Si	No
Insuficiencia Cardiaca	Si	No
Accidente Cerebrovascular	Si	No
Vasculopatía Periférica	Si	No
Retinopatía	Si	No
Ceguera	Si	No
Neuropatía Periférica	Si	No
Amputación	Si	No
Nefropatía	Si	No
Diálisis	Si	No

ESTUDIOS DE CONTROL

Glucemia en ayunas Fecha

HbA1c Fecha

LDlc Fecha

Triglicéridos Fecha

Microalbuminuria 24 hs. Fecha

TA sistólica Fecha

TA diastolica Fecha
 Creatina Serica Fecha
 Fondo de ojo Fecha
 Peso Fecha
 Talla Fecha
 Circunferencia Abdominal Fecha
 I.M.C. Fecha

TRATAMIENTO

Automonitoreo Glucémico	Si	No
Actividad Física	Si	No
Cumple tratamiento	Si	No
Fármacos Antihipertensivos	Si	No
Fármacos Hipolipemiantes	Si	No
Ácido Acetil Salicílico	Si	No
Hipoglucemiantes Orales	Si	No

Insulina (medicación) Basal De corrección

 Firma y Sello Médico

 Fecha