

## DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Nº beneficiario: \_\_\_\_\_ Sexo:  MASC. /  FEM. Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO:

Año de diagnóstico (indique el año en que le diagnosticaron la diabetes): \_\_\_\_\_

Tipo de Diabetes:  TIPO I /  TIPO II /  GESTACIONAL

## LABORATORIO (ÚLTIMOS 12 MESES)

Fecha: \_\_\_\_\_ HBA1C (en % o en g/dl): EN %: \_\_\_\_\_ / EN g/dl: \_\_\_\_\_

Glucemia (en mg/dl): \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Peso (en kg): \_\_\_\_\_ Talla (en mts.): \_\_\_\_\_

INDICAR CON UNA "X" LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA:

RETINOPATÍA       NEUROPATÍA       ANGOR Y/O INFARTO       HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
 NEFROPATÍA       PIE DBT       ACV       PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

## TRATAMIENTO

INDICAR CON UNA "X" Y EN CASO DE INDICAR QUE SI, COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA (TILDE TODAS LAS OPCIONES QUE CORESPONDAN)

**Insulina:**  SI /  NO      **Nombre Genérico**  
 ASPARTATO       HUMANA       GLARGINA  
Unidades/día \_\_\_\_\_       DEGLUDEC       GLUSILINA       LISPRO + LISPRO PROTAMINA  
 LISPRO       DETEMIR

**Hipoglucemiante Oral:**  SI /  NO      **Nombre Genérico**  
 METFORMINA       GLIBENCLAMIDA       GLICLAZIDA  
 GLIPIZIDA       GLIMEPRIDA

**Incretina inyectable:**  SI /  NO      **Nombre Genérico**  
 SITAGLIPTINA       VILDAGLIPTINA       TENELIGLIPTINA  
 SAXAGLIPTINA       EXENATIDA       LIRAGLUTIDA  
 LINAGLIPTINA

**Automonitoreo:**  SI /  NO      **Nº controles (completar el Nº de controles por día o por semana)**  
 POR DÍA \_\_\_\_\_ /  POR SEMANA \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula:  NACIONAL Nro. \_\_\_\_\_ /  PROVINCIAL Nro: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma:

Sello: