

Nombre y Apellido		Fecha de nacimiento / /	Edad	Género	DNI
Nº de socio	Dirección, localidad y provincia		Correo electrónico		Teléfono

Diagnóstico ☐ DTM1 ☐ DTM2 ☐ DT Gestacional ☐ Otro:

Fecha de diagnóstico / /	Edad al diagnóstico	Observaciones:
-----------------------------	---------------------	----------------

Comorbilidades	☐ HTA Fecha / /	☐ Obesidad Fecha / /	☐ Dislipemia Fecha / /	☐ Tabaquismo Fecha / /
-----------------------	---	--	--	--

Examen físico	Peso Kg	Altura cm	Circunf. abd. cm	IMC	Tensión arterial
Fecha de determinación:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

Complicaciones (completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

Hipert. ventrículo izq.	/ /	Acc. isquémico transitorio	/ /	Diálisis	/ /	Úlcera de pie	/ /
Infarto agudo miocárdico	/ /	ACV	/ /	TX renal	/ /	Pie diabético	/ /
Stent	/ /	Vasculopatía periférica	/ /	Retinopatía	/ /	Amputaciones	/ /
Cirug. revas. miocárdica	/ /	Insuf. renal crónica	/ /	Ceguera	/ /	Hipoglucemias	/ /
Insuficiencia cardíaca	/ /	Nefropatía	/ /	Neuropatías	/ /		

Valores laboratorio	Fecha	Resultado	Valores laboratorio	Fecha	Resultado
Glucemia en ayunas	/ /	mg/dl	Microalbuminuria	/ /	mg/g
HbA1C	/ /	%	Creatinina sérica	/ /	mg/dl
LDLc	/ /	mg/dl	Clearance de creatinina	/ /	ml/min
Triglicéridos	/ /	mg/dl	Obs		

Estudios complementarios	Fecha
Fondo de ojo ☐ Sin RD (Sin Retinopatía Diabética) ☐ RDNP(Retinopatía Diabética No Proliferativa) ☐ RDP (Retinopatía Diabética Proliferativa)	/ /
Exámen de pie ☐ Realizado (S/N) ☐ Normal ☐ Alterado	/ /

Estilo de vida	¿En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	¿Plan de alimentación saludable? (S/N)
Automonitoreo (S/N) Frecuencia:	¿Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)	¿Cumple indicaciones dietarias? (S/N)
Actividad Física (S/N)	¿Educación diabetológica? (S/N)	

Tratamiento farmacológico	Tiempo meses				
Droga	Concentración	Forma farmacéutica	Nombre comercial sugerido	Dosis diaria	Año inicio
Hipogluc. oral					
Insulina					
Otro					

Insumo para monitoreo	Nombre comercial sugerido	Cantidad diaria
Tiras reactivas		
Agujas		
Lancetas		
Sensor		
Otro:		
Otro:		
Otro:		

Otros tratamientos	☐ Antihipertensivo	☐ Hipolipemiente	☐ Antiagregante
---------------------------	---	---	--

Firma y sello médico tratante	Apellido y nombre Nro. de matrícula Teléfono Correo electrónico	Firma y sello médico auditor Fecha / /
--------------------------------------	--	--