MEDICUS Más protección, más futuro.	**Diabetes - Planilla de ingreso y continuidad de tratamiento obligatoria (Base PMO)**	PR-DBT-01-F02
		Rev.: 02
		16/02/2022

DATOS PERSONALES. A completar por el paciente:

Apellido y nombres _____ Sexo: F ☐ M ☐

DNI _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Edad _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

E-mail _____ Cel. _____

Medicard N° _____ Médico de cabecera _____

Estimado profesional: El presente formulario debe completarse íntegramente cada 6 meses, solo así se podrá autorizar la medicación y los insumos. Por favor, completar con letra legible y sin omisiones.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Fecha _____/_____/_____

DIAGNOSTICO: tildar lo que corresponde

☐ Diabetes tipo 1 ☐ Diabetes tipo 2 ☐ Diabetes tipo 2 IR

☐ Insulino resistencia ☐ Otras: _____

Completar:

Edad del diagnóstico: _____

Año de diagnóstico: _____

☐ Diabetes Gestacional **(sólo si corresponde)** PTOG: Fecha: _____/_____/_____ Valor 0 hs: _____

(imprescindible presentación de Laboratorios y PTOG) Semana: _____ Valor 12 hs: _____

EXAMEN FISICO (completar todos los datos):

Fecha: _____/_____/_____ TA max: _____ TA min: _____

Peso actual: _____ kg Talla: _____ cm Circ. De cintura: _____ cm IMC: _____

LABORATORIO (**completar todos los datos y adjuntar resultados):**

Fecha: _____/_____/_____ Glucemia: _____ HbA1c: _____

Creatinina: _____ Micoalb: _____ LDL: _____ Triglicéridos: _____

COMORBILIDADES (completar lo que corresponde)

☐ Dislipemia – Tto. Farmacológico: _____

☐ Hipertensión arterial – Tto. Farmacológico: _____

☐ Obesidad ☐ Tabaquismo actual ☐ A.A.S

FONDO DE OJO (completar): Fecha de realización: _____/_____/_____ ☐ Normal ☐ Retinopatía

MEDICUS Más protección, más futuro.	**Diabetes - Planilla de ingreso y continuidad de tratamiento obligatoria (Base PMO)**	PR-DBT-01-F02
		Rev.: 02
		16/02/2022

Nombre y apellido del paciente: _____

COMPLIACIONES CRONICAS: Tildar y completar la **fecha** de ocurrencia **solo del evento que corresponde**.

- ☐ Hipertrofia ventricular _____/_____/_____
- ☐ Infarto agudo de miocardio _____/_____/_____
- ☐ Insuficiencia cardiaca _____/_____/_____
- ☐ Accidente cerebrovascular _____/_____/_____
- ☐ Retinopatía _____/_____/_____
- ☐ Ceguera _____/_____/_____
- ☐ Neuropatía periférica _____/_____/_____
- ☐ Vasculopatía periférica _____/_____/_____
- ☐ Amputación _____/_____/_____
- ☐ Nefropatía _____/_____/_____
- ☐ Diálisis _____/_____/_____
- ☐ Trasplante renal _____/_____/_____

TRATAMIENTO ACTUAL PARA DIABETES **Tto. Intensificado** (completar) ☐ **SI** ☐ **NO**

INSULINAS. Tildar y completar sólo lo que corresponde

- ☐ BASAL (Nombre):_____ Dosis diaria: _____
- (Nombre):_____ Dosis diaria: _____
- ☐ CORRECCION (Nombre):_____ Dosis diaria: _____
- (Nombre):_____ Dosis diaria: _____

FARMACOS. Tildar y completar sólo lo que corresponde

- ☐ Metforminas: Dosis diaria: _____
- ☐ Pioglitazona: Dosis diaria: _____
- ☐ IDPP4 (Nombre):_____ Dosis diaria: _____
- ☐ Sulfonilureas (Nombre):_____ Dosis diaria: _____
- ☐ Otras (Nombre):_____ Dosis diaria: _____

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Tildar sólo si corresponde

- ☐ Cumple tratamiento farmacológico
- ☐ Actividad física

MEDICO DE CABECERA: Por requerimiento Ley 26.914Res. 423/18 esta planilla debe ser completada por medico nutricionista, diabetólogo o endocrinólogo

- ☐ Medico nutricionista
- ☐ Diabetólogo
- ☐ Endocrinólogo

Teléfono: _____

Firma y sello

Mail: _____