

Ficha.

Ingreso al Plan de Diabetes

Datos a completar con letra clara y legible (sin abreviaturas)

1/DATOS AFILIADO:

Apellido y Nombres: N° de afiliado:/.....
 Localidad: Masc Fem Fecha:/...../..... Edad al diag.:
Marcar con una X lo que corresponda

Diabetes tipo	Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Otros:																																																																																																					
Requerimiento y Automonitoreo	Automonitoreo <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Glucosuria</td><td>Si</td><td>No</td><td></td></tr> <tr><td>Centonuria</td><td>Si</td><td>No</td><td></td></tr> <tr><td>Glucemia</td><td>Si</td><td>No</td><td></td></tr> </table>		Glucosuria	Si	No		Centonuria	Si	No		Glucemia	Si	No		Consumo mensual <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				Consumo mensual descartables <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Jeringas</td><td> </td></tr> <tr><td>Lancetas</td><td> </td></tr> <tr><td>Agujas</td><td> </td></tr> </table>		Jeringas		Lancetas		Agujas																																																																													
Glucosuria	Si	No																																																																																																				
Centonuria	Si	No																																																																																																				
Glucemia	Si	No																																																																																																				
Jeringas																																																																																																						
Lancetas																																																																																																						
Agujas																																																																																																						
Educación	Otros: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Miembro de ONG para Diabéticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Controla regularmente sus pies mínimo una vez por mes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Controla regularmente su presión arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Reconoce la Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Cursos de Educación Diabetológica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Sabe ajustar dosis de insulina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>					Miembro de ONG para Diabéticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Controla regularmente sus pies mínimo una vez por mes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Controla regularmente su presión arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reconoce la Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cursos de Educación Diabetológica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sabe ajustar dosis de insulina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																											
Miembro de ONG para Diabéticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Controla regularmente sus pies mínimo una vez por mes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Controla regularmente su presión arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																				
Reconoce la Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cursos de Educación Diabetológica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sabe ajustar dosis de insulina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																				
Factores de Riesgo al Ingreso al Plan	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tabaquismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Dislipemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Obesidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>HTA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Peso en Kg <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Talla en cm <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Peso según IMC (peso/(talla)²): Delgado (menor 20) Normal (entre 20 y 25) Sobrepeso entre 25 y 30 Obeso (mayor de 30)</p>					Tabaquismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dislipemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Obesidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HTA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Peso en Kg <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Talla en cm <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																							
Tabaquismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dislipemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																			
Obesidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HTA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																			
Peso en Kg <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Talla en cm <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																					
Datos Bioquímicos al ingreso al Plan	<p><i>Marcar con una X lo que corresponda según Tabla de consulta de Valores de Referencia</i></p> Normal <input type="checkbox"/> N Anormal <input type="checkbox"/> A Sin Dato <input type="checkbox"/> SD o las últimas cifras si las tuviere <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Colesterol <input type="text"/></td> <td>Colesterol LDL <input type="text"/></td> <td>Colesterol HDL <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Microalbuminuria <input type="text"/></td> <td>Proteinuria de 24 hs. <input type="text"/></td> <td>Triglicéridos <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Fructosamina <input type="text"/></td> <td>Creatinina <input type="text"/></td> <td>HbA_{1c} (%) <input type="text"/></td> </tr> </table>					Colesterol <input type="text"/>	Colesterol LDL <input type="text"/>	Colesterol HDL <input type="text"/>	Microalbuminuria <input type="text"/>	Proteinuria de 24 hs. <input type="text"/>	Triglicéridos <input type="text"/>	Fructosamina <input type="text"/>	Creatinina <input type="text"/>	HbA _{1c} (%) <input type="text"/>																																																																																								
Colesterol <input type="text"/>	Colesterol LDL <input type="text"/>	Colesterol HDL <input type="text"/>																																																																																																				
Microalbuminuria <input type="text"/>	Proteinuria de 24 hs. <input type="text"/>	Triglicéridos <input type="text"/>																																																																																																				
Fructosamina <input type="text"/>	Creatinina <input type="text"/>	HbA _{1c} (%) <input type="text"/>																																																																																																				
Complicaciones en los últimos 12 meses	<p style="text-align: center;">TABLA DE CONSULTA DE VALORES DE REFERENCIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">(*) Valores en Mg/dl</th> <th rowspan="2">Normal</th> <th rowspan="2">Aceptable</th> <th rowspan="2">Moderado</th> <th rowspan="2">Malo</th> <th colspan="2">Intervenciones en el estilo de vida y dieta</th> <th colspan="3">Tratamiento Farmacológico</th> </tr> <tr> <th>Sin ECV</th> <th>Sin ECV +1 FRC Q ECV</th> <th>Sin ECV</th> <th>Sin ECV +1 FRC</th> <th>ECV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Glucemia basal (*)</td> <td><110</td> <td><140</td> <td><200</td> <td>>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GL Posprand (*)</td> <td><140</td> <td><175</td> <td><235</td> <td>>235</td> <td>Col. Total</td> <td>>200</td> <td>>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA (%)</td> <td><006</td> <td><008</td> <td><010</td> <td>>010</td> <td>Col. LDL</td> <td>>213</td> <td>>100</td> <td>>160</td> <td>>130 >100</td> </tr> <tr> <td>Col Total (*)</td> <td><200</td> <td><225</td> <td><250</td> <td>>250</td> <td>TG</td> <td>>200</td> <td>>150</td> <td>>400</td> <td>>200 >150</td> </tr> <tr> <td>Triglicéridos</td> <td><150</td> <td><175</td> <td><200</td> <td>>200</td> <td>Col. HDL</td> <td><040</td> <td><035</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Normal</td> <td>Microalbuminuria</td> <td>Macroalbuminuria</td> <td></td> <td colspan="2">Creatinina</td> <td colspan="3">Proteinuria de 24 hs.</td> </tr> <tr> <td>Mg/24 hs.</td> <td><30</td> <td>30-300</td> <td>>300</td> <td></td> <td colspan="2">Normal 0,7 - 1,5 mg-dl</td> <td colspan="3">Normal 0 - 0,05 gr 25 hs.</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Retinopatía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Angor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Neuropatía Periférica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Diálisis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Infarto del Miocardio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>A.C.V. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Claudicación M. Inf <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Angioplastía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Hipotensión postural <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Amputación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> </tr> </table> <p>Días de Internación directa/indirectamente relacionados con la Diabetes (Días/Años) <input type="text"/></p> <p>Citar causa</p> <p>Enfermedades intercurrentes relacionadas con la Diabetes (Días/Años) <input type="text"/></p> <p>Citar causa</p>					(*) Valores en Mg/dl	Normal	Aceptable	Moderado	Malo	Intervenciones en el estilo de vida y dieta		Tratamiento Farmacológico			Sin ECV	Sin ECV +1 FRC Q ECV	Sin ECV	Sin ECV +1 FRC	ECV	Glucemia basal (*)	<110	<140	<200	>200						GL Posprand (*)	<140	<175	<235	>235	Col. Total	>200	>200			HbA (%)	<006	<008	<010	>010	Col. LDL	>213	>100	>160	>130 >100	Col Total (*)	<200	<225	<250	>250	TG	>200	>150	>400	>200 >150	Triglicéridos	<150	<175	<200	>200	Col. HDL	<040	<035				Normal	Microalbuminuria	Macroalbuminuria		Creatinina		Proteinuria de 24 hs.			Mg/24 hs.	<30	30-300	>300		Normal 0,7 - 1,5 mg-dl		Normal 0 - 0,05 gr 25 hs.			Retinopatía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Angor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neuropatía Periférica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diálisis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infarto del Miocardio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	A.C.V. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Claudicación M. Inf <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Angioplastía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotensión postural <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amputación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
(*) Valores en Mg/dl	Normal	Aceptable	Moderado	Malo	Intervenciones en el estilo de vida y dieta						Tratamiento Farmacológico																																																																																											
					Sin ECV	Sin ECV +1 FRC Q ECV	Sin ECV	Sin ECV +1 FRC	ECV																																																																																													
Glucemia basal (*)	<110	<140	<200	>200																																																																																																		
GL Posprand (*)	<140	<175	<235	>235	Col. Total	>200	>200																																																																																															
HbA (%)	<006	<008	<010	>010	Col. LDL	>213	>100	>160	>130 >100																																																																																													
Col Total (*)	<200	<225	<250	>250	TG	>200	>150	>400	>200 >150																																																																																													
Triglicéridos	<150	<175	<200	>200	Col. HDL	<040	<035																																																																																															
	Normal	Microalbuminuria	Macroalbuminuria		Creatinina		Proteinuria de 24 hs.																																																																																															
Mg/24 hs.	<30	30-300	>300		Normal 0,7 - 1,5 mg-dl		Normal 0 - 0,05 gr 25 hs.																																																																																															
Retinopatía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Angor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neuropatía Periférica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diálisis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																			
Infarto del Miocardio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	A.C.V. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Claudicación M. Inf <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																				
Angioplastía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotensión postural <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amputación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																																																																				

Ficha.

Ingreso al Plan de Diabetes

Datos a completar con letra clara y legible (sin abreviaturas)

Prácticas y Exámenes Especiales en los últimos 12 meses

Fondo de ojos con dilatación pupila en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Control de pies por médico o podólogo en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
OJOS	IZQ	DER	OJOS	IZQ	DER	
Fotocoagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensación vibratoria normal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensación dolorosa normal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Maculopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pulso distales (tibia posterior)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Rtp no proliferativa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras curadas (último año)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Rtp pre proliferativa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gangrena	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Rtp proliferativa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bypass	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enf. avanzada del ojo Diab.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Angioplastía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
AGUDEZA VISUAL			OJO IZQ	<input type="text"/>	OJO DER	<input type="text"/>

Tratamiento

Insulinas | Anotar las dosis en unidades/día

Insulina	Lispro	Corriente	Nph	Lenta	Ultralenta
Bovina					
Porcina					
Humana					
Otras					

Dosis única
 Dosis Frac N°/día
 Con bomba

Hipoglucemiantes Orales

Droga	Nombre Comercial	Comp/Día
Sulfonilureas (1° y 2° generación)		
Biguanidas (Metformina)		
Inh. Glicosidasa (Azcarbosa)		
Tiazolidinadionas		
Otras		

Dieta

Dieta confeccionada por:

Médico Nutricionista Sin asesoramiento profesional

Tratamiento Adicional

Tratamiento con	Nombre Comercial	Dosis/Día
Hipotensores		
Hipolipemiente		
Otras		

Fecha de incorporación al PLAN DIABETES de IPROSS/...../.....

.....
Firma/sello del Médico Tratante

.....
Firma Responsable