

# PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA DIABETES

**MEDICUS**

**PLANILLA DE INGRESO OBLIGATORIA**

(Base para cumplimiento del PMO)



LARREA 864 PB "A" - C1117ABB CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - 4963 7752 / 4964-0620

**DATOS PERSONALES**

A COMPLETAR POR EL PACIENTE

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo F  M

DNI Nº \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Pcia. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ Medicard Nº: \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera \_\_\_\_\_

Esta Planilla por Requerimiento Ley 26914 Res. 1156/14, debe ser completada por Médico Nutricionista, Diabetólogo o Endocrinólogo

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Fecha

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

- Diabetes tipo1
- Diabetes tipo2
- Diabetes tipo2 IR
- Otras: .....

Edad de Diagnóstico \_\_\_\_\_ años

Se inició insulino terapia

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

NO  SI

| PTOG | Fecha              | Semana | Valor      |
|------|--------------------|--------|------------|
|      | ____ / ____ / ____ | ____   | 0 h. _____ |
|      |                    |        | 120' _____ |

**DIABETES GESTACIONAL**

Fecha Probable de Parto  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Imprescindible presentación de Laboratorios y PTOG**

Semanas de Gestación \_\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO**

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PESO ACTUAL \_\_\_\_\_ Kg. TALLA \_\_\_\_\_ cm. CIRC. DE CINTURA \_\_\_\_\_ cm. IMC \_\_\_\_\_

TA Máx. \_\_\_\_\_ TA Mín. \_\_\_\_\_

**LABORATORIO**

| Fecha              | GLUCEMIA | HbA <sub>1c</sub> | CREATININA | UREA  | CL DE CREAT | MICROALB | COL, TOTAL | HDL   | LDL   | TRIGLICÉR |
|--------------------|----------|-------------------|------------|-------|-------------|----------|------------|-------|-------|-----------|
| ____ / ____ / ____ | _____    | _____             | _____      | _____ | _____       | _____    | _____      | _____ | _____ | _____     |

FONDO DE OJO NO  SI  Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO**

|                       | NO                       | SI                       | TTO FARMACOLÓGICO |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| HIPERCOLESTEROLEMIA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -----             |
| HIPERTRIGLICERIDEMIA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -----             |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -----             |
| TABAQUISMO ACTUAL     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -----             |

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

MEDICUS

PRONADIA

Apellido y Nombres

**COMPLICACIONES CRÓNICAS**

|                                |                          |                          |                  |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
|                                | NO                       | SI                       |                  |                          |
| MACROVASCULAR                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| NEFROPATÍA                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PROTEINURIA      | <input type="checkbox"/> |
|                                |                          |                          | DIÁLISIS         | <input type="checkbox"/> |
| NEUROPATÍA                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| PULSO PEDIO O TIBIAL POSTERIOR |                          |                          | PRESENTE         | <input type="checkbox"/> |
|                                |                          |                          | AUSENTE          | <input type="checkbox"/> |
| AMPUTACIÓN EN MMII             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                          |
| RETINOPATÍA                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PROLIFERATIVA    | <input type="checkbox"/> |
|                                |                          |                          | NO PROLIFERATIVA | <input type="checkbox"/> |
|                                |                          |                          | CEGUERA          | <input type="checkbox"/> |

**TRATAMIENTO ACTUAL PARA DIABETES**

¿CUMPLE ADECUADAMENTE EL TRATAMIENTO?  SI  NO

**HIPOGLUCEMIANTES ORALES / OTROS**

| DROGA | NOMBRE COMERCIAL | DOSIS DIARIA |
|-------|------------------|--------------|
|       |                  |              |
|       |                  |              |
|       |                  |              |
|       |                  |              |

**INSULINAS**

Especificar

**TRATAMIENTO INTENSIFICADO**  SI  NO

| TIPO | NOMBRE COMERCIAL | DOSIS DIARIA |
|------|------------------|--------------|
|      |                  |              |
|      |                  |              |
|      |                  |              |

PRESENTA HIPOGLUCEMIAS NO  SI  →  Leve  Moderada  Con pérdida de conocimiento

**TIRAS REACTIVAS**

MARCA  ¿SE CONTROLA? NO  SI  ..... VECES POR DÍA ¿LLEVA REGISTRO? NO  SI

**MÉDICO DE CABECERA:**

POR FAVOR ADJUNTAR A LA PRESENTE PLANILLA ÚLTIMO LABORATORIO MUCHAS GRACIAS

|               |  |
|---------------|--|
| Firma y Sello | NOMBRE   |
|               | Especialidad: Médico Nutricionista <input type="checkbox"/> Diabetólogo <input type="checkbox"/> Endocrinólogo <input type="checkbox"/> Requerimiento Ley 26914 Res. 1156/14 |
|               | TELÉFONO   |
|               | MAIL   |

COMPLETAR LOS DATOS SIN OMISIONES Y CON LETRA LEGIBLE FAVORECERÁ LA CELERIDAD Y RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE.

A COMPLETAR POR EL MÉDICO