

# Ficha

## Ingreso a Plan Diabetes.

Datos a completar con letra clara y legible (Sin abreviaturas).

### DATOS AFILIADO/A

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	<b>Automonitoreo</b>		<b>Consumo mensual</b>		<b>Consumo mensual descartables</b>						
	Glucosuria	Si No	Glucosuria	Si No	Jeringas						
	Centonuria	Si No	Centonuria	Si No	Lancetas						
	Glucemia	Si No	Glucemia	Si No	Agujas						
	Otros: .....										
Educación	Miembro de ONG para Diabéticos	Si No	Controla regularmente sus pies mínimo una vez por mes	Si No	Controla regularmente su presión arterial	Si No					
	Reconoce la Hipoglucemia	Si No	Cursos de Educación Diabetológica	Si No	Sabe ajustar dosis de insulina	Si No					
Factores de Riesgo al Ingreso al Plan	Tabaquismo	Si No	En Tratamiento	Si No	Dislipemia	Si No					
	Obesidad	Si No	En Tratamiento	Si No	HTA	Si No					
	Peso en Kg		Talla en cm		En Tratamiento	Si No					
						Si No					
	Peso según IMC (peso/(talla) <sup>2</sup> ): <b>Delgado</b> (menor 20)   <b>Normal</b> (entre 20 y 25)   <b>Sobrepeso</b> (entre 25 y 30)   <b>Obeso</b> (mayor de 30)										
Datos Bioquímicos al ingreso al Plan	<b>Marcar con una X lo que corresponda según Tabla de consulta de Valores de Referencia</b>										
	Normal	N	Anormal	A	Sin Datos	SD					
	Colesterol		Colesterol LDL		Colesterol HDL						
	Microalbuminuria		Proteinuria de 24hs.		Triglicéridos						
	Fructosamina		Creatinina		HbA <sub>1c</sub> (%)						
Complicaciones en los últimos 12 meses	<b>TABLA DE CONSULTA DE VALORES DE REFERENCIA</b>										
	(*) Valores en Mg/dl	Normal	Aceptable	Moderado	Malo	Intervenciones en el estilo de vida y dieta	Tratamiento Farmacológico				
	Glucemia basal (*)	<110	<140	<200	>200	Sin ECV	Sin ECV +1 FRC Q ECV	Sin ECV	Sin ECV +1 FRC	ECV	
	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	Si No	Angor	Si No	Neuropatía Periférica	Si No	Diálisis	Si No			
	Infarto del Miocardio	Si No	A.C.V.	Si No	Claudicación M. Inf	Si No					
	Angioplastía	Si No	Hipotensión postural	Si No	Amputación	Si No					
Días de Internación directa/indirectamente relacionados con la Diabetes (Días/Años)											
Citar causa .....											
Enfermedades intercurrentes relacionadas con la Diabetes (Días/Años)											
Citar causa .....											

# Ficha

## Ingreso a Plan 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	Control de pies por médico o podólogo en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">IZQ</th> <th style="width: 15%;">DER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fotocoagulación</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Cataratas</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Maculopatía</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Rtp no proliferativa</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Rtp pre proliferativa</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Rtp proliferativa</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Enf. avanzada del ojo Diab.</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>		IZQ	DER	Fotocoagulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Maculopatía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rtp no proliferativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rtp pre proliferativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rtp proliferativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. avanzada del ojo Diab.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">IZQ</th> <th style="width: 15%;">DER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sensación vibratoria normal</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Sensación dolorosa normal</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Pulso distales (tibia posterior)</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Úlceras curadas (último año)</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Gangrena</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Bypass</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Angioplastía</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>		IZQ	DER	Sensación vibratoria normal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sensación dolorosa normal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pulso distales (tibia posterior)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlceras curadas (último año)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gangrena	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bypass	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Angioplastía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	IZQ	DER																																															
Fotocoagulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Maculopatía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Rtp no proliferativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Rtp pre proliferativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Rtp proliferativa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Enf. avanzada del ojo Diab.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
	IZQ	DER																																															
Sensación vibratoria normal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Sensación dolorosa normal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Pulso distales (tibia posterior)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Úlceras curadas (último año)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Gangrena	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Bypass	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
Angioplastía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																															
<b>AGUDEZA VISUAL</b> OJO IZQ <input style="width: 50px;" type="text"/> OJO DER <input style="width: 50px;" type="text"/>																																																	
Tratamiento	<b>Insulinas</b>   Anotar las dosis en unidades/día																																																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Insulina</th> <th style="width: 15%;">Lispro</th> <th style="width: 15%;">Corriente</th> <th style="width: 15%;">Nph</th> <th style="width: 15%;">Lenta</th> <th style="width: 15%;">Ultralenta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bovina</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcina</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Humana</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Insulina	Lispro	Corriente	Nph	Lenta	Ultralenta	Bovina						Porcina						Humana						Otras						Dosis única <input style="width: 50px;" type="text"/> Dosis Frac N°/día <input style="width: 50px;" type="text"/> Con bomba <input style="width: 50px;" type="text"/>																	
	Insulina	Lispro	Corriente	Nph	Lenta	Ultralenta																																											
Bovina																																																	
Porcina																																																	
Humana																																																	
Otras																																																	
<b>Hipoglucemiantes Orales</b>																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Droga</th> <th style="width: 40%;">Nombre Comercial</th> <th style="width: 20%;">Comp/Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfonilureas (1° y 2° generación)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biguanidas (Metformina)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inh. Glicosidasa (Azcarbosa)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tiazolidinadionas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Droga	Nombre Comercial	Comp/Día	Sulfonilureas (1° y 2° generación)			Biguanidas (Metformina)			Inh. Glicosidasa (Azcarbosa)			Tiazolidinadionas			Otras																																
Droga	Nombre Comercial	Comp/Día																																															
Sulfonilureas (1° y 2° generación)																																																	
Biguanidas (Metformina)																																																	
Inh. Glicosidasa (Azcarbosa)																																																	
Tiazolidinadionas																																																	
Otras																																																	
Dieta	<b>Dieta confeccionada por:</b> Médico <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Sin asesoramiento profesional <input type="checkbox"/>																																																
Tratamiento Adicional	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Tratamiento con</th> <th style="width: 40%;">Nombre Comercial</th> <th style="width: 20%;">Dosis/Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hipotensores</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hipolipemiente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tratamiento con	Nombre Comercial	Dosis/Día	Hipotensores			Hipolipemiente			Otras																																					
Tratamiento con	Nombre Comercial	Dosis/Día																																															
Hipotensores																																																	
Hipolipemiente																																																	
Otras																																																	
<b>Fecha de incorporación al PLAN DIABETES de IProSS</b> ...../...../.....																																																	
..... Firma/sello del Médico Tratante		..... Firma Responsable																																															