



Formulario

Ingreso a Plan Diabetes.

Datos a completar con letra clara y legible (Sin abreviaturas). Con "X" lo que corresponda.

DATOS FILIATORIOS				
Nombre y Apellido:.....		N° de Afiliado:/.....		
Localidad:		Género:		Edad:
Tipo de diabetes mellitus: Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Gestacional <input type="checkbox"/> Otro.....				
Años de diagnóstico de diabetes:				
DATOS DEL EXAMEN FÍSICO				
Peso: Talla: IMC: Circunferencia de Cintura:				
COMPLICACIONES				
Hipoglucemias:	SI <input type="checkbox"/>	Especificar:		Leve: <input type="checkbox"/> Severa: <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>			
Retinopatía:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Nefropatía:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Neuropatía:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Macrovasculares:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
COMORBILIDAD				
HTA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Dislipidemia:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Tabaquismo:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
EXAMENES (últimos 12 meses)				
HbA1c:				
Glucemia en ayunas:				
Índice HOMA:				
Fondo de ojo:	No realizado <input type="checkbox"/>			
	Realizado <input type="checkbox"/>			
Relación albúmina/creatinina en orina matinal:				
Examen de pie:	No realizado <input type="checkbox"/>			
	Realizado <input type="checkbox"/>			



DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

Plan de alimentación saludable:	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>
Actividad física:	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>
Educación diabetológica:	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

FÁRMACOS

Monodroga o asoc.	Presentación	Dosis diaria/mensual	Año de inicio
Metformina			
Sulfonilureas (Especificar cuál)			
IDPP4 (Especificar cuál)			
Pioglitazona			
ISGLT2 (Especificar cuál)			
Insulina Basal (Especificar cuál)	Vial	<input type="checkbox"/>	
	Lapicera	<input type="checkbox"/>	
Insulina rápida (Especificar cuál)	Vial	<input type="checkbox"/>	
	Lapicera	<input type="checkbox"/>	
Otras			



INSUMOS PARA APLICACIÓN Y AUTOMONITOREO		
PRODUCTO	PRESENTACIÓN	CONSUMO MENSUAL (Ver topes anuales)
Jeringas		
Lancetas		
Agujas		
Tiras reactivas para glucemia		
Tiras reactivas para glucosuria		
Tiras reactivas para cetonuria		
Sistema Flash (Sensor/Lector)		

.....
Firma y sello del Médico Tratante
 Fecha:/...../.....

Fecha de incorporación al PLAN DIABETES por la auditoría médica de IPROSS:/...../.....

GRUPO A tratamiento oral

GRUPO B tratamiento de insulinización

.....
Firma y sello auditoría médica IPROSS
 Fecha:/...../.....

NOTA: Este formulario tiene una validez de 12 meses o hasta cambio de esquema, al término de los cuales, se requiere NUEVA presentación actualizada con datos bioquímicos de los ÚLTIMOS SEIS MESES para continuar con el PLAN.