

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Completa la totalidad de los campos.

Fecha: / /

DATOS DEL ASOCIADO:

Nombre y Apellido: DNI:

Nº de socio: Edad: Sexo: F M Edad al diagnóstico:

Tipo de Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Otros tipos de Diabetes

Antecedentes Familiares de Diabetes:

DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso: Talla: Circunferencia Abdominal:

Fecha de toma de Datos Antropométricos: / /

LABORATORIOS Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

	RESULTADO	FECHA (mes y año)
Glucemia en Ayunas: Rango 0-1500y la unidad se expresa en "mg/dl"		
HbA1C Rango 1-20 (permitir comas dos espacios) y se expresa en unidad %		
LDLc Rango 0-1000 y la unidad se expresa en "mg/dl"		
TRIGLICÉRIDOS Rango 0-2000 y la unidad se expresa en "mg/dl"		
Microalbuminuria		
TA sistólica		
TA diastólica		
Creatinina sérica		
Fondo de Ojo		

Usuario de recepción: _____

.....
 Firma y sello médico

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS: (consignar con una x lo que corresponde)

Dislipemia:

Obesidad:

Tabaquismo:

	SI	NO	FECHA (mes y año)
Retinopatía			
Ceguera			
Nefropatía			
Neuropatía periférica			
Hipertrofia ventricular			
Infarto Agudo de Miocardio			
Insuficiencia cardíaca			
Accidente Cerebrovascular			
Vasculopatía periférica			
Amputación			
IRC -Diálisis			
Transplante renal			

TRATAMIENTO:

Cambios de estilo de vida:

Farmacológico:

Automonitoreo glucémico:

Actividad física:

Cumple adecuadamente tratamiento:

	DETALLE	DOSIS	Mg/día	ANTIGÜEDAD
Hipoglucemiantes Orales				
Hipolipemiantes				
Antihipertensivos				
Ácido Acetil salicílico				
Insulina 1 (NPH)				
Insulina 2 (CORRIENTE)				
Otros				

Usuario de recepción: _____

.....
Firma y sello médico