

FECHA: ___/___/___

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____ Edad: _____
 Género: M F Teléfono: _____ Mail: _____ Localidad: _____

DIAGNÓSTICO

Año de diagnóstico (indique el año en que se le diagnosticó la diabetes): _____

Tipo de Diabetes Tipo 1 Tipo 2 Gestacional LADA MODY OTRA: _____

LABORATORIO - Adjuntar informe de laboratorio

(Algún valor de los últimos 12 meses)

1. HbA1c: _____ % 2. Glucemia: _____ mg/dl 3. Creatinina: _____ en mg/dl
 4. Índice Albumina/creatinina: _____ mg/gr 5. Antecedente de albuminuria o micro albuminuria: SI NO No Sabe

COMORBILIDADES Y COMPLICACIONES

Peso (en kg): _____ Talla (en mts.): _____ IMC: _____ (peso/talla²)

Si presenta comorbilidades y/o complicaciones, indicar con "X", sino dejar en blanco: (En RETINOPATÍA Y NEFROPATÍA, si no sabe, marcar NS)

RETINOPATÍA / NS NEUROPATÍA Antec. de ANGOR DISLIPEMIA HIPERTENSIÓN ART.
 NEFROPATÍA / NS PIE DIABÉTICO Antec. de INFARTO/ACV OBESIDAD TABAQUISMO

TRATAMIENTO

Indicar con una "X" y, en caso de marcar SI, completar la información solicitada. (Por favor, tilde todas las opciones que correspondan)

1. INSULINA: Nombre Genérico

SI NO ASPARTÁTICA - Unidad/día: _____ NPH - Unidad/día: _____ GLARGINA 100 - Unidad/día: _____
 LISPRO - Unidad/día: _____ GLULISINA - Unidad/día: _____ GLARGINA 300 - Unidad/día: _____
 DEGLUDEC - Unidad/día: _____ DETEMIR - Unidad/día: _____ OTRAS: _____

2. HIPOGLUCEMIANTES ORALES (En caso de asociación de drogas, marcar ambas. Ejm.: Glimepirida+Metformina):

SI NO GLIPIZIDA GLIBENCLAMIDA GLICLAZIDA
 DOSIS (mg/día) _____ EMPAGLIFLOZINA GLIMEPIRIDA METFORMINA
 GLIMEPIRIDA+METF. DAPAGLIFLOZINA OTROS: _____

3. INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDAZA 4 (IDPP4)

SI NO SITAGLIPTINA VILDAGLIPTINA LINAGLIPTINA
 DOSIS (mg/día) _____ SITAGLIPTINA+METF. VILDAGLIPTINA+METF. LINAGLIPTINA+METF.

4. AGONISTAS DEL GLP1

SI NO SEMAGLUTIDE DULAGLUTIDE LIRAGLUTIDA OTRA: _____
 DOSIS (mg/día) _____

AUTOMONITOREO - Completar el número de controles por día o por semana

SI NO POR DÍA: _____ / POR SEMANA: _____

Estimado Dr/a: El llenado de esta ficha puede facturarse bajo el código 12.421903 con idéntico valor al de una consulta médica. No será abonado si no se completa adecuadamente.

DATOS DE LA/EL PROFESIONAL

Apellido y nombre: _____

FECHA: ___/___/___

FIRMA Y SELLO