

# DIABETES - Formulario de Alta Y Actualización de Diagnóstico



Programa Federal  
**Incluir Salud**  
UGP Santiago del Estero

## DATOS BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

Año de Diagnóstico (indique aproximadamente año en el que fue diagnosticada la Diabetes) \_\_\_\_\_

Tipo de Diabetes: Tipo 1  Tipo 2  Gestacional  Otros Tipos  \_\_\_\_\_

## LABORATORIO (ÚLTIMOS 12 MESES)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HBA1C(en % o en g/dl):En % \_\_\_\_\_ En g/dl \_\_\_\_\_ Glucemia (en mg/dl): \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Peso (en kg.) \_\_\_\_\_ Talla (en mts.) \_\_\_\_\_

Indicar con una "x" la opción que corresponda:

- |                                      |                                     |  |   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> RETINOPATIA | <input type="checkbox"/> NEUROPATIA | <input type="checkbox"/> ANGOR Y/O INFARTO | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL    |
| <input type="checkbox"/> NEFROPATÍA  | <input type="checkbox"/> PIE DBT    | <input type="checkbox"/> ACV               | <input type="checkbox"/> PAT. VASCULAR PERIFÉRICA |

## TRATAMIENTO

Indicar con una "x" y en caso de indicar que si, completar la información solicitada  
(Tilde todas las opciones que correspondan) Insulina: SI  / NO

Nombre Genérico

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> INSULINA ASPÁRTICA.....u/día | <input type="checkbox"/> INSULINA NPH 100U.....u/día | <input type="checkbox"/> INSULINA GLARGINA 100U.....u/día |
| <input type="checkbox"/> INSULINA GLULISINA.....u/día |  | <input type="checkbox"/> INSULINA GLARGINA 300U.....u/día |

Hipoglucemiante Oral: SI  / NO

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> METFORMINA 500.....comp/día | <input type="checkbox"/> GLIBENCLAMIDA.....comp/día | <input type="checkbox"/> GLICLAZIDA.....comp/día  |
| 850.....comp/día                                     |   |   |
| 1000.....comp/día                                    | <input type="checkbox"/> GLIPIZIDA.....comp/día     | <input type="checkbox"/> GLIMEPIRIDA.....comp/día |

Tiras reactivas: \_\_\_\_\_ tiras / mes Monitor\* (\*única vez): \_\_\_\_\_

Automonitoreo: Número controles (completar el nº de controles por día o por semana)

SI /  NO  por DIA \_\_\_\_\_ /  por SEMANA \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ MP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Hospital / Institución: \_\_\_\_\_

FIRMA y SELLO PROFESIONAL

FIRMA y SELLO AUDITOR INCLUIR SALUD

Fecha:..... / ..... / 20.....

Fecha:..... / ..... / 20.....