

CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAS CON DIABETES

DATOS DEL PACIENTE

Nº de CUIL del Paciente

Apellido y Nombre

Edad

DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

(Marcar lo que corresponda con una cruz)

Fecha

Edad al Diagnóstico

Tipo de Diabetes	Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Gestacional <input type="checkbox"/>	Otros Tipos <input type="checkbox"/>
Hipertensión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Dislipemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Obesidad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Tabaquismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

COMPLICACIONES

	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de Detección
Hipertrofia Ventricular Izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infarto Agudo de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Accidente Cerebro Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vasculopatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trasplante Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ESTUDIOS

	Valor	Fecha	
Glucemia en Ayunas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
HbA1C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LDLc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Triglicéridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Microalbuminuria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/>
TA Sistólica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TA Diastólica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ESTUDIOS

	Valor	Fecha		
Creatinina Sérica	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Clearance de Creatinina	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Urea	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fondo de Ojo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Retinopatía Diabética <input type="text"/>
Peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Talla	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Circunferencia Abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Examen de Pie	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Observaciones	<input type="text"/>

TRATAMIENTO

1. Hipoglucemiantes Orales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desde (Fecha)	Dosis y Mg/Día
Metformina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glibenclamida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicazida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Insulinas Si No

Insulina Basal

Tipo de Insulina	Dosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marca Comercial	Mg/Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Insulina de Corrección

Tipo de Insulina	Dosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marca Comercial	Mg/Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Automonitoreo Glucémico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Actividad Física	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cumple adecuadamente Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Farmacos Antihipertensivos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Farmacos Hipolipemiantes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ácido Acetil Salicílico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO