

CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAS CON DIABETES

DATOS DEL PACIENTE

CUIL: ____ - ____ - ____

APELLIDO Y NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ____ / ____ / ____ EDAD AL DIAGNÓSTICO: _____

TIPO DE DIABETES: TIPO 1 TIPO 2 GESTACIONAL OTROS TIPOS

HIPERTENSIÓN SI NO

DISLIPEMIA SI NO

OBESIDAD SI NO

TABAQUISMO SI NO

COMPLICACIONES

HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

INSUFICIENCIA CARDÍACA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

RETINOPATÍA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

CEGUERA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

NEUROPATÍA PERIFÉRICA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

VASCULOPATÍA PERIFÉRICA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

AMPUTACIÓN SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

NEFROPATÍA SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

DIÁLISIS SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

TRASPLANTE RENAL SI NO FECHA DE DETECCIÓN: ____ / ____ / ____

ESTUDIOS

GLUCEMIA EN AYUNAS VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

HbA1C VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

LDLc VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

TRIGLICÉRIDOS VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

MICROALBUMINURIA VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

TA SISTÓLICA VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

TA DIASTÓLICA VALOR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

NORMAL

PATOLÓGICO

CREATININA SÉRICA VALOR: _____ FECHA: ____/____/____
 CLEARENCE DE CREATININA VALOR: _____ FECHA: ____/____/____
 UREA VALOR: _____ FECHA: ____/____/____
 FONDO DE OJO VALOR: _____ FECHA: ____/____/____ NORMAL RETINOPATÍA DIABÉTICA
 PESO VALOR: _____ FECHA: ____/____/____
 TALLA VALOR: _____ FECHA: ____/____/____
 CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL VALOR: _____ FECHA: ____/____/____
 EXAMEN DE PIE SI NO FECHA: ____/____/____ OBSERV. _____

TRATAMIENTO

❶ HIPOGLUCEMIANTES ORALES SI NO

METFORMINA DESDE: ____/____/____ DOSIS Y MG/DIA: _____
 GLIBENCLAMIDA DESDE: ____/____/____ DOSIS Y MG/DIA: _____
 GLICAZIDA DESDE: ____/____/____ DOSIS Y MG/DIA: _____
 OTROS: _____ DESDE: ____/____/____ DOSIS Y MG/DIA: _____

❷ INSULINA BASAL

TIPO DE INSULINA: _____ DOSIS: _____
 TIPO DE INSULINA: _____ DOSIS: _____
 TIPO DE INSULINA: _____ DOSIS: _____
 TIPO DE INSULINA: _____ DOSIS: _____
 MARCA COMERCIAL: _____ MG/DIA: _____
 MARCA COMERCIAL: _____ MG/DIA: _____
 MARCA COMERCIAL: _____ MG/DIA: _____
 MARCA COMERCIAL: _____ MG/DIA: _____

❸ INSULINA DE CORRECCION

TIPO DE INSULINA: _____ DOSIS: _____
 TIPO DE INSULINA: _____ DOSIS: _____
 MARCA COMERCIAL: _____ MG/DIA: _____
 MARCA COMERCIAL: _____ MG/DIA: _____

AUTOMONITOREO GLUCÉMICO SI NO
 ACTIVIDAD FÍSICA SI NO
 CUMPLE ADECUADAMENTE TRATAMIENTO SI NO
 FÁRMACO ANTIHIPERTENSIVOS SI NO
 FÁRMACO HIPOLIPEMIANTES SI NO
 ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO SI NO

FIRMA Y SELLO MEDICO