

## CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CUIL: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

FECHA DE DIAGNOSTICO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EDAD AL DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE DIABETES: TIPO 1  TIPO 2  GESTACIONAL  OTROS TIPOS

HIPERTENSION ARTERIAL  DISLIPEMIA  OBESIDAD  TABAQUISMO

### COMPLICACIONES

HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AMPUTACIÓN  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NEFROPATÍA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INSUFICIENCIA CARDÍACA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DIÁLISIS  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TRASPLANTE RENAL  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NEUROPATÍA PERIFÉRICA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RETINOPATÍA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VASCULOPATÍA PERIFÉRICA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CEGUERA  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ESTUDIOS

FECHA DE LABORATORIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GLUCEMIA EN AYUNAS \_\_\_\_\_

HbA1C \_\_\_\_\_

LDLc \_\_\_\_\_

TRIGLICÉRIDOS \_\_\_\_\_

MICROALBUMINURIA NORMAL  PATOLÓGICO

CREATININA SÉRICA \_\_\_\_\_

TA SISTÓLICA \_\_\_\_\_

TA DIASTÓLICA \_\_\_\_\_

FONDO DE OJO NORMAL  PATOLÓGICO

PESO \_\_\_\_\_

TALLA \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO

**HIPOGLUCEMIANTES ORALES** SI  NO

METFORMINA	<input type="checkbox"/>	DESDE	___/___/___	DOSIS / DIA	_____
GLIBENCLAMIDA	<input type="checkbox"/>	DESDE	___/___/___	DOSIS / DIA	_____
GLICAZIDA	<input type="checkbox"/>	DESDE	___/___/___	DOSIS / DIA	_____
OTROS _____	<input type="checkbox"/>	DESDE	___/___/___	DOSIS / DIA	_____
COMPUESTOS _____	<input type="checkbox"/>	DESDE	___/___/___	DOSIS / DIA	_____

**INSULINA BASAL** SI  NO

TIPO DE INSULINA \_\_\_\_\_ DESDE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DOSIS / DIA \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN COMERCIAL \_\_\_\_\_

**INSULINA DE CORRECCIÓN** SI  NO

TIPO DE INSULINA \_\_\_\_\_ DESDE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DOSIS / DIA \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN COMERCIAL \_\_\_\_\_

### AUTOMONITOREO

**TIRAS REACTIVAS**

PRESENTACIÓN \_\_\_\_\_ MARCA COMERCIAL \_\_\_\_\_ CANT MENSUAL \_\_\_\_\_

**AGUJAS**

PRESENTACIÓN \_\_\_\_\_ MARCA COMERCIAL \_\_\_\_\_ CANT MENSUAL \_\_\_\_\_

**LANCETAS**

PRESENTACIÓN \_\_\_\_\_ MARCA COMERCIAL \_\_\_\_\_ CANT MENSUAL \_\_\_\_\_

### ESTILO DE VIDA

AUTOMONITOREO GLUCÉMICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD FÍSICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CUMPLE ADECUADAMENTE EL TRATAMIENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FÁRMACO ANTIHIPERTENSIVO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FÁRMACO HIPOLIPEMIANTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA Y SELLO MÉDICO: