

## CERTIFICACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE			
CUIL		EDAD	

### DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA

FECHA DE DIAGNOSTICO	__/__/__	EDAD AL DIAGNOSTICO	
DBT TIPO 1 <input type="checkbox"/>	DBT TIPO 2 <input type="checkbox"/>	DBT GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTRO TIPO <input type="checkbox"/>
HTA <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>

### 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 Y VALORACIÓN CLÍNICA

ESTUDIO	VALOR	FECHA	ESTUDIO	VALOR	FECHA	ESTUDIO	VALOR	FECHA
GLUCEMIA		__/__/__	TA SISTÓLICA		__/__/__	INSPECCIÓN DE PIES	NORMAL	__/__/__
HBA1C		__/__/__	TA DIÁSTOLICA		__/__/__		ALTERADO	
LDL		__/__/__	CREATININA		__/__/__	PESO		__/__/__
TRIGLICÉRIDOS		__/__/__	FONDO DE OJO		__/__/__	TALLA		__/__/__

### TRATAMIENTO

TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE	SI	NO	AUTOMONITOREO GLUCÉMICO	SI	NO
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI	NO	ACTIVIDAD FÍSICA	SI	NO
ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO	SI	NO	BOMBA DE INSULINA	SI	NO
TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>			mg	
HIPOGLUCEMIANTE	<input type="checkbox"/>			mg	
HIPOGLUCEMIANTE	<input type="checkbox"/>			mg	
HIPOGLUCEMIANTE COMPUESTO				mg	
TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>	ACCU CHECK	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	d/d	
AGUJAS	<input type="checkbox"/>			d/d	
LANCETAS	<input type="checkbox"/>			d/d	
PARCHES	<input type="checkbox"/>				
LECTOR	<input type="checkbox"/>				
INSULINA BASAL	<input type="checkbox"/>			UI	
INSULINA DE CORRECCIÓN	<input type="checkbox"/>			UI	
OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>			UI	

			__/__/__
APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL	MATRÍCULA	FIRMA Y SELLO	FECHA