

DESDE:

HASTA:

FECHA ____/____/____

CERTIFICADO DE ACREDITACION DE LA CONDICION DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS.

DATOS FILIATORIOS	
NOMBRE Y APELLIDO:	O.S.ADEF N°:
EDAD:	GÉNERO:
N° DOCUMENTO:	TELÉFONO:
TIPO DE DIABETES MELLITUS:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> gestacional <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>
AÑOS DE DIAGNOSTICO DE DIABETES:	

DATOS DEL EXAMEN FISICO		
PESO:	TALLA:	IMC:
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA:		
EXAMEN DE PIE:		
monofilamento <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	alterado <input type="checkbox"/>

COMPLICACIONES		
·HIPOGLUCEMIAS:	SI <input type="checkbox"/>	especificar: leve <input type="checkbox"/> severa <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	
·RETINOPATÍA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·NEFROPATIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·NEUROPATIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·MACROVASCULARES:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

COMORBILIDAD		
·HTA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·DISLIPIDEMIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·TABAQUISMO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO		
·PLAN DE ALIMENTACION SALUDABLE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·ACTIVIDAD FISICA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
·EDUCACION DIABETOLÓGICA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

FARMACO	PRESENTACION	DOSIS DIARIA/VECES X DIA	AÑO DE INICIO/NOMBRE COMERCIAL
Metformina			
Sulfonilureas (especificar cual)			
IDPP4 (especificar cual)			
Insulina Basal (especificar cual)	vial <input type="checkbox"/>		
	lapicera <input type="checkbox"/>		
Insulina Rapida (especificar cual)	vial <input type="checkbox"/>		
	lapicera <input type="checkbox"/>		
Otro			
Otro			

EXAMENES (ultimos 12 meses)		
· HbA 1 c :		
· Glucemia en ayunas:		
· Fondo de ojo:	sin RD: <input type="checkbox"/>	RDNP: <input type="checkbox"/> RDP: <input type="checkbox"/>
· Índice albumina/creatinina en orina matinal:	No realizado: <input type="checkbox"/>	
	Realizado: <input type="checkbox"/>	
· Examen de pie:	No Realizado <input type="checkbox"/>	
	Realizado <input type="checkbox"/>	

Abreviaturas:

- IMC : Índice de masa corporal.
- RD : retinopatía diabética.
- RDNP :retinopatía diabética no proliferativa.
- RDP : retinopatía diabética proliferativa.