

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE DIABETES

Fecha de solicitud: _____

DATOS DEL ASOCIADO				
Apellido y Nombre: _____				
N° Asociado: _____		Doc. de identidad tipo y número: _____		
Fecha de nacimiento: _____		Edad: _____	Sexo: _____	
E-Mail: _____		Teléfono: _____		
DIAGNÓSTICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO	EDAD AL DIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES	
DTM1	_____	_____	_____	
DTM2	_____	_____	_____	
GESTACIONAL	_____	_____	_____	
COMORBILIDADES (Seleccionar e indicar fecha de diagnóstico según corresponda)				
HTA: _____		OBESIDAD: _____		
DISLIPEMIA: _____		TABAQUISMO: _____		
OTRO: _____				
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con fecha de diagnóstico)				
CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	
Hipert. Ventrículo Izquierdo	_____	Insuficiencia Renal Crónica	_____	
Infarto Agudo Miocárdico	_____	Nefropatía	_____	
Stent	_____	Diálisis	_____	
Cirug. Revas. Miocárdica	_____	Trasplante Renal	_____	
Insuficiencia Cardíaca	_____	OTRAS	FECHA	
Accidente Isquémico Transitorio	_____	Neuropatías	_____	
Accidente Cerebro Vascular	_____	Úlcera de pie	_____	
Vasculopatía Periférica	_____	Pie diabético	_____	
OFTALMOLÓGICAS	FECHA	Amputaciones	_____	
Retinopatía	_____	Hipoglucemias	_____	
Ceguera	_____			
CONTROL SEMESTRAL (indicar fecha de realización)				
ESTUDIO	FECHA	VALOR	UNIDAD	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas	_____	_____	_____	_____
HbA1C	_____	_____	_____	_____
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja	_____	_____	_____	_____
Triglicéridos	_____	_____	_____	_____
Microalbuminuria	_____	_____	_____	_____
Creatinina sérica	_____	_____	_____	_____
Clearence de creatinina	_____	_____	_____	_____
TA sistólica / TA diastólica	_____	_____	_____	_____
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	FECHA	RESULTADO		
Fondo de ojo	_____	Sin RD _____	RDNP _____	RDP _____
Examen de pie	_____	Normal _____	Alterado _____	
EXAMEN FÍSICO				
PESO: _____		ALTURA: _____		IMC: _____
CIRC. ABDOMINAL: _____			Fecha de examen: _____	
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa				
Firma y sello médico tratante: _____			Firma y sello auditor: _____	
Vigencia empadronamiento: _____				

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE DIABETES

Fecha de solicitud: _____

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

N° Asociado: _____

TRATAMIENTO INDICADO

HIPOGLUCEMIANTES ORALES

Monodroga	Presentación	Nombre comercial	Dosis diaria	Año Inicio
Metformina	_____	_____	_____	_____
Pioglitazona	_____	_____	_____	_____
Gliclazida	_____	_____	_____	_____
Glimepiride	_____	_____	_____	_____
Vildagliptina	_____	_____	_____	_____
Sitagliptina	_____	_____	_____	_____

LISTADO INSULINAS

Nombre Genérico	Nombre Comercial	X	Cód.	Nombre Genérico	Nombre Comercial	X	Cód.
In. hum. recombinante acc. ráp.	IN. ACTRAPID	_____	2	In. hum. recombinante acc. interm.	IN. INSULATARD	_____	60
In. hum. de acción rápida	IN. BETALIN	_____	4	In. hum. recombinante acc. interm.	IN. INSUMAN N	_____	62
In. hum. recombinante acc. ráp.	IN. DENSULIN R	_____	6	Insulina bovina acc. interm.	IN. BETASINT	_____	64
In. hum. recombinante acc. ráp.	IN. HUMULIN R	_____	8	Insulina porcina de acc. interm.	IN. BETASINT	_____	66
In. hum. recombinante acc. ráp.	IN. INSUMAN	_____	20	Insulina hum. larga duración	IN. BETALIN	_____	68
In. hum. recombinante acc. ráp.	IN. NOVOLIN R	_____	22	Insulina porcina lenta	IN. BETASINT	_____	80
Insulina bovina regular	IN. BETASINT	_____	24	Insulina degludec	IN. TRESIBA	_____	82
Insulina porcina regular	IN. BETASINT	_____	26	Insulina detemir	IN. LEVEMIR	_____	84
Insulina lispro regular	IN. HUMALOG	_____	28	Insulina glargina	IN. LANTUS	_____	86
Insulina aspártica regular	IN. NOVORAPID	_____	40	In. hum. de interm./larga duración	IN. HUMULIN 70/30	_____	88
Insulina glulisina regular	IN. APIDRA	_____	42	In. lispro + In. lispro protamina	IN. HUMALOG MIX 25	_____	202
Insulina hum. de acc. interm.	IN. BETALIN	_____	44	In. lispro + In. lispro protamina	IN. HUMALOG MIX 50	_____	204
In. hum. recombinante acc. interm.	DENSULIN N	_____	46	Insulina aspartica combinada	IN. NOVOMIX 30 FLEXPEN	_____	206
In. hum. recombinante acc. interm.	IN. HUMULIN N	_____	48				

INSUMOS

Tipo	Presentación	Nombre comercial	Cantidad mensual	Año inicio
Tiras reactivas	_____	_____	_____	_____
Agujas	_____	_____	_____	_____
Lancetas	_____	_____	_____	_____

OTROS

Producto	Presentación	Nombre comercial	Cantidad	Año inicio
Glucagon	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE DIABETES

Fecha de solicitud: _____

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

N° Asociado: _____

OTROS TRATAMIENTOS EN CURSO: Antihipertensivos / Hipolipemiantes / Antiagregantes

Patología	Año inicio	Monodroga	Dosis diaria
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fundamentación sobre el uso de la medicación indicada : _____

ESTILO DE VIDA

Auto monitoreo: (S/N) N° veces por semana _____ ¿Cumple tratamiento farmacológico?: (S/N) _____ Actividad física: (S/N) _____

¿Tiene educación diabetológica?: (S/N) _____ En caso de fumador ¿dejo de fumar?(S/N) _____ ¿Tiene plan de alimentación saludable?(S/N) _____

¿Cumple indicaciones dietarias?: (S/N) _____

Médico tratante: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Localidad/Provincia: _____

Firma y sello médico tratante: _____ Firma y sello auditor: _____

Vigencia empadronamiento: _____