

# EMPADRONAMIENTO

PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
DIABETES - RESOLUCIÓN 310/04



## DATOS DE FILIACIÓN

Apellido/s y nombre/s: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
DNI - LE - LC: \_\_\_\_\_ CUIL/CUIT: \_\_\_\_\_  
Número de afiliado/a: \_\_\_\_\_ Seccional: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

Tipo 1    LADA    Tipo 2    Gestacional FPP:(   /   /   )    Otro tipo de diabetes \_\_\_\_\_  
 Reciente Dx   Años de diagnóstico: \_\_\_\_\_   Edad de diagnóstico: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre    Padre    Hermanos/as    Abuelos/as    Otros \_\_\_\_\_

## CO-MORBILIDADES

DBT lábil    HTA    Dislipemia    Tabaquismo    Alcohol    Sedentarismo

## COMPLICACIONES

Hipoglucemias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Frecuencia diaria _____	Frecuencia semanal _____	
Cardiopatía isquémica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Neuropatía periférica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Vasculopatía periférica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Ceguera	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Retinopatía	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Amputación _____		
Nefropatía	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TSR _____	<input type="checkbox"/> Trasplante _____	

## DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso actual: \_\_\_\_\_ kg   Talla: \_\_\_\_\_ cm   IMC: \_\_\_\_\_ kg /m2   CC: \_\_\_\_\_ cm

## CONTROL CLÍNICO EVOLUTIVO

TAS _____ mmHg   TAD _____ mmHg	Fondo de ojos	<input type="checkbox"/> Normal   ___/___/___
Examen de los pies <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Isquémico		<input type="checkbox"/> RDNP   ___/___/___
_____ / _____ <input type="checkbox"/> Neuropático <input type="checkbox"/> Mixto		<input type="checkbox"/> RDP   ___/___/___
Monofilamentos <input type="checkbox"/> Normal   ___/___/___	Diapasón	<input type="checkbox"/> Normal   ___/___/___
<input type="checkbox"/> Derecho   ___/___/___   . /3		<input type="checkbox"/> Derecho   ___/___/___   . /3
<input type="checkbox"/> Izquierdo   ___/___/___   . /3		<input type="checkbox"/> Izquierdo   ___/___/___   . /3
Pulsos <input type="checkbox"/> Normal   ___/___/___	Reflectividad	<input type="checkbox"/> Normal   ___/___/___
<input type="checkbox"/> Derecho   ___/___/___   . /2		<input type="checkbox"/> Derecho   ___/___/___   . /2
<input type="checkbox"/> Izquierdo   ___/___/___   . /2		<input type="checkbox"/> Izquierdo   ___/___/___   . /2

## LABORATORIOS

Glucemias en ayunas (último): \_\_\_\_\_ mg/dL   /   /   HbA1c (último): \_\_\_\_\_ %   \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Glucemias en ayunas (anteúltimo): \_\_\_\_\_ mg/dL   /   /   HbA1c (anteúltimo): \_\_\_\_\_ %   \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dL   /   /   FG: \_\_\_\_\_ ml/min   /   /  
Microalbúmina: \_\_\_\_\_ mg/l   /   /   Índice M/C: \_\_\_\_\_ mg/g   /   /  
LDL Colesterol: \_\_\_\_\_ mg/dL   /   /   Triglicéridos: \_\_\_\_\_ mg/dL   /   /

## TERAPÉUTICA

Plan alimentario saludable  
Actividad física  
Educación diabetológica  
Cuidado de pies

No  Sí   
No  Sí   
No  Sí   
No  Sí

Automonitoreo  
Fármacos antihipertensivos  
Fármacos hipolipemiantes  
Uso de AAS

No  Sí   
No  Sí   
No  Sí   
No  Sí

GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO (DCI)	PRESENTACIÓN	POTENCIA	DOSIS DIARIAS	N° APLICACIONES	CRITERIO DE CONDUCTA MÉDICA
Biguanidas	Metformina	Comprimidos				
Sulfonilureas	Gliclazida	Comprimidos				
	Glipizida	Comprimidos				
	Glimepiride	Comprimidos				
Meglitinidas	Repaglinida	Comprimidos				
iDPP-4	Sitagliptina	Comprimidos				
	Vildagliptina	Comprimidos				
Combinados	Metformina + Glimepirida	Comprimidos				
	Sitagliptina + Metformina	Comprimidos				
	Vildagliptina + Metformina	Comprimidos				
Insulinas / Análogos de insulina	NPH	Lapicera				
		Cartuchos				
	Bifásica	Lapicera				
	Lispro	Lapicera				
	Aspártica	Lapicera				
	Glulisina	Lapicera				
	Glargina	Lapicera				
	Determir	Lapicera				
Degludec	Lapicera					

### ACCESORIOS

Tiras reactivas  
 Lancetas  
 Agujas  
 Jeringas

### CONDICIÓN CLÍNICA

Diabetes Tipo 1 Intensificado  
 Diabetes Tipo 1 Lábil/Especiales  
 Diabetes Tipo 2  
 Diabetes Tipo 2 Insulino requiriente  
 Diabetes Tipo 2 Insulino dependiente  
 Diabetes Gestacional

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido/s y nombre/s: \_\_\_\_\_  
Matrícula Nacional: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Matrícula Provincial: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**GLOSARIO:** DCI: Denominación Común Internacional · AAS: Ácido Acetilsalicílico · FPP: Fecha Probable de Parto · TSR: Terapia Sustitutiva Renal · IMC: Índice de Masa Corporal · CC: Circunferencia de cintura · TAS: Tensión Arterial Sistólica · TAD: Tensión Arterial Diastólica · RDNP: Retinopatía Diabética No Proliferativa · RDP: Retinopatía Diabética Proliferativa · HbA1c: Hemoglobina glicosilada · FG: Filtrado Glomerular por clearance de creatinina · Microalbum: Microalbuminuria de 24 horas o espontánea · Índice M/C: Índice Microalbuminuria / Creatinina en orina espontánea matinal · iDPP-4: Inhibidores de la Dipeptidil Peptidasa 4 · NPH: Neutral Protamine Hagedorn · aGLP-1: Agonista del receptor de Glucagón - Like - Peptide 1

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados.

-----  
Firma y sello médico/a tratante

-----  
Firma del beneficiario/a-madre-padre-tutor