

FORMULARIO MÉDICO DE DIABETES

Según Anexo II de la Res. 731/2023 de la SSS

Anual (Enero – Diciembre)

Fecha (obligatorio) FN Edad

Nombre y apellido

N° de afiliado/a DNI CUIT/CUIL

Teléfono (obligatorio) E-mail (obligatorio)

Tipo de Diabetes

Fecha o edad de diagnóstico

Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Fecha probable de parto (obligatorio)

Dislipemia: Sí NO

Obesidad: Sí NO

Tabaquismo: Sí NO

Hipertensión Arterial: Sí NO

Complicaciones asociadas

Hipertrofia ventricular: Sí NO

Infarto agudo de miocardio (IAM): Sí NO

Insuficiencia cardíaca (ICC): Sí NO

Accidente cerebrovascular (ACV): Sí NO

Retinopatía: Sí NO

Ceguera: Sí NO

Neuropatía periférica: Sí NO

Vasculopatía periférica: Sí NO

Amputación: Sí NO

Diálisis: Sí NO

Transplante renal: Sí NO

Nefropatía: Sí NO

Hipoglucemias

SÍ NO | LEVE MODERADO SEVERO FRECUENCIA SEMANAL

Resultados clínicos/ Exámenes complementarios

	Valor	Fecha última determinación
Glucemia en ayunas (mg %)		
HbA 1c (g/L)		
Colesterol LDL (mg %)		
Trigliceridemia (mg %)		
Microalbuminuria		
Creatininemia (mg %)		
TA Sistólica (mmHg)		
TA Diastólica (mmHg)		
Fondo de ojo		
Peso (kg)		
Talla (m)		
Circunferencia abdominal (cm)		
Inspección de pies		

Intervenciones terapéuticas

Automonitoreo glucémico: SÍ NO

Actividad física: SÍ NO

Adherencia adecuada al tratamiento: SÍ NO

Fármacos AntiHTA: SÍ NO

Fármacos Hipolipemiantes: SÍ NO

AAS: SÍ NO

Hipoglucemiantes orales: SÍ NO

Insulinas

	Insulina basal	Insulina de corrección
Monodroga genérica		
Nombre comercial		
Presentación		
Dosis y frecuencia de aplicación (diaria) (obligatorio)		
Dosis total (mensual)		

Otros medicamentos para diabetes

Monodroga	Nombre Comercial	Presentación	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Dosis Mensual

Cantidad de tiras reactivas (mensual):

Cantidad y tipo de Lancetas (mensual):

Cantidad y tipo de jeringas / agujas (mensual):

Observaciones

Nombre del profesional:

Nº de Matrícula: Institución:

E-Mail: Horario: Teléfono:

Firma del profesional: _____

Firma del beneficiario/a: _____

Aclaración de la firma:

DNI: Fecha: