

# PLANILLA DE ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN PERSONA CON DIABETES MELLITUS

RESOLUCIÓN 423/2018

## DATOS PERSONALES

Nombre/s y Apellido: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Tipo de diabetes Mellitis:  1  2  Gestacional  Otro

Años de diagnóstico de diabetes: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL EXAMEN FÍSICO

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Circunferencia de Cintura: \_\_\_\_\_

Examen de pie: \_\_\_\_\_ Monofilamento:  Normal  Alterado

## COMPLICACIONES

» **HIPOGLUCEMIAS**  SI, especificar:  Leve  Severa  
 NO

» **RETINOPATÍA**  SI  NO

» **NEFROPATÍA**  SI  NO

» **NEUROPATÍA**  SI  NO

» **MACROVASCULARES**  SI  NO

## COMORBILIDAD

» **HTA**  SI  NO

» **DISLIPEDEMIA**  SI  NO

» **TABAQUISMO**  SI  NO

## DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO

» **Plan de alimentación saludable**  SI  NO

» **Actividad física**  SI  NO

» **Educación diabetológica**  SI  NO

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO DE INICIO
Metformina	_____	_____	_____
Sulfonilureas (especificar cuál)	_____	_____	_____
IDPP4 (especificar cuál)	_____	_____	_____
Insulina basal (especificar cuál):	<input type="checkbox"/> Vial <input type="checkbox"/> Lapicera	_____	_____
Insulina rápida (especificar cuál):	<input type="checkbox"/> Vial <input type="checkbox"/> Lapicera	_____	_____
Otro:	_____	_____	_____
Otro:	_____	_____	_____

## EXAMENES - ÚLTIMOS 12 MESES -

» **HbA1c:** \_\_\_\_\_

» **Glucemia en ayunas:** \_\_\_\_\_

» **Fondo de ojo:**  Sin RD  RDNP  RDP

» **Índice albúmina/creatinina en orina matinal:**  No realizado  Realizado

» **Examen de pie:**  No realizado  Realizado

**ABREVIATURAS** – IMC: índice de masa corporal. | RD: retinopatía diabética. | RDNO: retinopatía diabética no proliferativa. | RDP: Retinopatía diabética proliferativa.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_ / \_ / \_