



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

Programa CARDIO NOA Planilla de Seguimiento



C O S S P R A
NOA

DATOS DEL BENEFICIARIO					CREDECIAL										
APELLIDO Y NOMBRES					Nro.										
					CUIL										
DATOS DEL BENEFICIARIO					EDUCACIÓN										
TENSION ARTERIAL		FREC. CARD.		PERIM. CINTURA		PESO		PLAN ALIMENTARIO		ACTIVIDAD FISICA		TABAQUISMO			
(Max.) (Min.)		x min.		cm.		Kg.		si no	si no		si no				
1er. Trimestre		mmHg		x min.		cm.		Kg.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2do. Trimestre		mmHg		x min.		cm.		Kg.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3er. Trimestre		mmHg		x min.		cm.		Kg.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4to. Trimestre		mmHg		x min.		cm.		Kg.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
LABORATORIO					GLUCEMIAS EN AYUNAS		COLESTEROL TOTAL		COLESTEROL HDL		TRIGLICERIDOS		UREMIA		
1er. Semestre					<input type="checkbox"/> <110 mg/dl		<input type="checkbox"/> <200 mg/dl		<input type="checkbox"/> <35 mg/dl		<input type="checkbox"/> <150 mg/dl		<input type="checkbox"/> 0.10 A 0.40 mg/dl		
					<input type="checkbox"/> 110 a 140 mg/dl		<input type="checkbox"/> 200 a 240 mg/dl		<input type="checkbox"/> 35 a 40 mg/dl		<input type="checkbox"/> 150 a 200 mg/dl		<input type="checkbox"/> >40 mg/dl		
2do. Semestre					<input type="checkbox"/> 150 a 200 mg/dl		<input type="checkbox"/> >240 mg/dl		<input type="checkbox"/> >40 mg/dl		<input type="checkbox"/> >200 mg/dl		<input type="checkbox"/> >40 mg/dl		
					<input type="checkbox"/> >210 mg/dl		<input type="checkbox"/> <110 mg/dl		<input type="checkbox"/> <200 mg/dl		<input type="checkbox"/> <35 mg/dl		<input type="checkbox"/> <150 mg/dl		<input type="checkbox"/> 0.10 A 0.40 mg/dl
PLAN TERAPEUTICO					ELECTROCARDIGRAMA										
¿Alcanzó los objetivos del tratamiento? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)					día	mes	año			
día	mes	año													
OBSERVACIONES: _____ _____					OBS.. _____ _____										
										ECOCARDIOGRAMA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)					día
día	mes	año													
CONSULTA CON NUTRICIONISTA					OBS.. _____ _____										
¿Se adhiere al nuevo Plan de Alimentación? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no															
OBSERVACIONES: _____ _____															

Toda casilla amarilla indica alerta