

DIABESSNOA - SALTA HISTORIA CLINICA - Formulario III.a D.N.S.

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO						AFILIADO NRO.	
DOMICILIO PARTICULAR							
DOCUMENTO		LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	DNI <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	Nro.:	Tel.
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad diagnóstico	Tipo DBT		Fecha ingreso
					T1 <input type="checkbox"/>	T2 <input type="checkbox"/>	Gest <input type="checkbox"/>
					Otros <input type="checkbox"/>		1ra. Veza <input type="checkbox"/>
					T2 Insul. Requer. <input type="checkbox"/>		Reingreso <input type="checkbox"/>

FACTORES DE RIESGO C. V.		HTA <input type="checkbox"/>		Tabaco <input type="checkbox"/>		Sedentario <input type="checkbox"/>		Dislipemia <input type="checkbox"/>		
GESTACIONES	Actual		Último año		Malformaciones	Nacidos c/+ 4,5 Kg.		Deceso Perinatal		Abortos
DATOS CLÍNICOS	Peso		TA mmHg		Mx:	Mn:	Circunferencia de Cintura			
	Talla		IMC							
ÓRGANOS BLANCO	Ojos	Amaurosis						Amputación		
		Cataratas						Examen último año		
		Fotocoagulación						Angioplastia / By pass		
		Fondo de ojo						Ausencia de pulso pedio		
	Retinopatía	No proliferativa						Ausencia de reflejos		
		Pre proliferativa						Úlcera		
		Proliferativa						Alterac. sensibilidad		
DATOS DE LABORATORIO	Glucemia ayunas (mg/dl)			Creatinina (mg/dl)						
	HbA1-A1c (%)			Clearance (ml/min)						
	Fructosamina			Microalbuminuria mg/24 hs.						
	Colesterol Total (mg/dl)			Proteinuria 24 hs.						
	HDL (mg/dl)			Trigliceridemia (mg/dl)						
EDUCACIÓN DIABETO-LÓGICA	¿Hizo cursos de educación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿En caso de usar insulina, el paciente se la administra? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
	¿Realiza monitoreo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Sabe ajustar la dosis de insulina? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
	¿Controla sus pies? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Tiene monitor de glucemia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
COMPLICACIONES	Hipoglucemias severas (nro/año)						IAM			
	Cetoacidosis (nro/año)						ACV			
	Angioplastia / By pass						Díálisis	Fecha ingreso:	Tipo:	

INTERNACIONES último año	CAUSA		NRO. DE DIAS	
	1-			
	2-			
	3-			
	4-			
TRATAMIENTO CON HGO	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	
	1-			
	2-			
	3-			
	4-			
TRATAMIENTO CON INSULINA	TIPO INSULINA		DOSIS DIARIA	NRO. APLICAC.
	1-			
	2-			
	3-			
TRATAMIENTO PATOLOGÍAS ASOCIADAS	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	
	1-			
	2-			
	3-			
	4-			
	5-			

MÉDICO CAJECERA			
Nombre y Apellido			Matrícula N°
Domicilio Profesional			
Teléfono Laboral		Teléfono personal	
e-mail			

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello del Profesional