



FICHA DE INGRESO AL PLAN DE DIABETES



1/ DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres N° de Afiliado /...
 Localidad Masc Fem Fecha Nac. /... /... Edad al diag.
Marcar con X lo que corresponda

Diabetes Tipo	Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Otros																																																																																																										
Requerimiento y Automonitoreo	Automonitoreo <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Glucosuria</td><td>SI</td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>Cetonuria</td><td>SI</td><td>NO</td><td></td></tr> <tr><td>Glucemia</td><td>SI</td><td>NO</td><td></td></tr> </table> Otros		Glucosuria	SI	NO		Cetonuria	SI	NO		Glucemia	SI	NO		Consumo mensual <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Jeringas</td><td></td></tr> <tr><td>Lancetas</td><td></td></tr> <tr><td>Agujas</td><td></td></tr> </table>			Jeringas		Lancetas		Agujas																																																																																					
Glucosuria	SI	NO																																																																																																									
Cetonuria	SI	NO																																																																																																									
Glucemia	SI	NO																																																																																																									
Jeringas																																																																																																											
Lancetas																																																																																																											
Agujas																																																																																																											
Educación	Miembro de ONG para Diabéticos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Controla regularmente sus pies minimo una vez por mes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Controla regularmente su presión arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reconoce la Hipoglucemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cursos de Educación Diabetológica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sabe ajustar dosis de Insulina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																					
Factores de Riesgo al ingreso al Plan	Tabaquismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dislipemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Obesidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Peso en Kg <input type="text"/>	Talla en cm <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>																																																																																																
Datos Bioquímicos al ingreso al Plan	Marcar lo que corresponda según Tabla de consulta de Valores de Referencia NORMAL <input type="checkbox"/> N ANORMAL <input type="checkbox"/> A SIN DATOS <input type="checkbox"/> SD o las últimas cifras si las tuviere Colesterol <input type="text"/> Colesterol LDL <input type="text"/> Colesterol HDL <input type="text"/> Microalbuminuria <input type="text"/> Proteinuria de 24 hs <input type="text"/> Triglicéridos <input type="text"/> Fructosamina <input type="text"/> Creatinina <input type="text"/> HbA _{1c} (%) <input type="text"/>																																																																																																										
TABLA DE CONSULTA DE VALORES DE REFERENCIA																																																																																																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">(*) Valores en Mg/dl</th> <th>Normal</th> <th>Aceptable</th> <th>Moderado</th> <th>Malo</th> <th colspan="2">Intervenciones en el estilo de vida y dieta</th> <th colspan="3">Tratamiento Farmacológico</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Sin ECV</th> <th>Sin ECV + 1 FRC Q ECV</th> <th>Sin ECV</th> <th>Sin ECV + 1 FRC</th> <th>ECV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Glucemia basal (*)</td> <td>< 110</td> <td>< 140</td> <td>< 200</td> <td>> 200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GL. Posprand (*)</td> <td>< 140</td> <td>< 175</td> <td>< 235</td> <td>> 235</td> <td>Col. Total</td> <td>> 200</td> <td>> 200</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA_{1c} (%)</td> <td>< 006</td> <td>< 008</td> <td>< 010</td> <td>> 010</td> <td>Col. LDL</td> <td>> 130</td> <td>> 100</td> <td>> 160</td> <td>> 130</td> <td>> 100</td> </tr> <tr> <td>Col Total (*)</td> <td>< 200</td> <td>< 225</td> <td>< 250</td> <td>> 250</td> <td>TG</td> <td>> 200</td> <td>> 150</td> <td>> 400</td> <td>> 200</td> <td>> 150</td> </tr> <tr> <td>Triglicéridos</td> <td>< 150</td> <td>< 175</td> <td>< 200</td> <td>> 200</td> <td>Col. HDL</td> <td>< 040</td> <td>< 035</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Normal</td> <td>Microalbuminuria</td> <td>Macroalbuminuria</td> <td></td> <td>Creatinina</td> <td colspan="5">Proteinuria de 24 hs</td> </tr> <tr> <td>Mg/24 hs</td> <td>< 30</td> <td>30 - 300</td> <td>> 300</td> <td></td> <td>Normal 0,7 - 1,5 mg/dl</td> <td colspan="5">Normal 0 - 0,05 gr 25 hs</td> </tr> </tbody> </table>												(*) Valores en Mg/dl	Normal	Aceptable	Moderado	Malo	Intervenciones en el estilo de vida y dieta		Tratamiento Farmacológico							Sin ECV	Sin ECV + 1 FRC Q ECV	Sin ECV	Sin ECV + 1 FRC	ECV	Glucemia basal (*)	< 110	< 140	< 200	> 200							GL. Posprand (*)	< 140	< 175	< 235	> 235	Col. Total	> 200	> 200				HbA_{1c} (%)	< 006	< 008	< 010	> 010	Col. LDL	> 130	> 100	> 160	> 130	> 100	Col Total (*)	< 200	< 225	< 250	> 250	TG	> 200	> 150	> 400	> 200	> 150	Triglicéridos	< 150	< 175	< 200	> 200	Col. HDL	< 040	< 035					Normal	Microalbuminuria	Macroalbuminuria		Creatinina	Proteinuria de 24 hs					Mg/24 hs	< 30	30 - 300	> 300		Normal 0,7 - 1,5 mg/dl	Normal 0 - 0,05 gr 25 hs				
(*) Valores en Mg/dl	Normal	Aceptable	Moderado	Malo	Intervenciones en el estilo de vida y dieta		Tratamiento Farmacológico																																																																																																				
					Sin ECV	Sin ECV + 1 FRC Q ECV	Sin ECV	Sin ECV + 1 FRC	ECV																																																																																																		
Glucemia basal (*)	< 110	< 140	< 200	> 200																																																																																																							
GL. Posprand (*)	< 140	< 175	< 235	> 235	Col. Total	> 200	> 200																																																																																																				
HbA_{1c} (%)	< 006	< 008	< 010	> 010	Col. LDL	> 130	> 100	> 160	> 130	> 100																																																																																																	
Col Total (*)	< 200	< 225	< 250	> 250	TG	> 200	> 150	> 400	> 200	> 150																																																																																																	
Triglicéridos	< 150	< 175	< 200	> 200	Col. HDL	< 040	< 035																																																																																																				
	Normal	Microalbuminuria	Macroalbuminuria		Creatinina	Proteinuria de 24 hs																																																																																																					
Mg/24 hs	< 30	30 - 300	> 300		Normal 0,7 - 1,5 mg/dl	Normal 0 - 0,05 gr 25 hs																																																																																																					
Complicaciones en los últimos 12 meses	Retinopatía <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipotensión postural <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Infarto del Miocardio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Neuropatía Periférica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Angioplastía <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Claudicación M. Inf <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Angor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amputación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	A.C.V <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diálisis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Días de Internación directa/ indirectamente relacionados con la Diabetes (Días/ Años) <input type="text"/>																																																																																																
	Citar causa																																																																																																										
	Enfermedades intercurrentes relacionadas con la Diabetes (Días/ Años) <input type="text"/>																																																																																																										
	Citar causa																																																																																																										

Prácticas y Exámenes Especiales en los últimos 12 meses	Fondo de ojos con dilatación pupila en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Control de pies por médico o podólogo en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	OJOS	IZQ	DER
	Fotocoagulación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Cataratas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Maculopatía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Retinopatía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Rtp no proliferativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Rtp pre proliferativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Rtp proliferativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Enf. avanzada del ojo Diab	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	AGUDEZA VISUAL	OJO IZQ <input style="width: 50px;" type="text"/>	OJO DER <input style="width: 50px;" type="text"/>

Tratamiento	Insulinas Anotar las dosis en unidades/ día					
	Insulina	Lispro	Corriente	Nph	Lenta	Ultralenta
	Bovina					
	Porcina					
	Humana					
	Otras					
	Hipoglucemiantes Orales					
	Droga	Nombre Comercial				Comp/ Día
	Sulfonilureas (1° y 2° generación)					
	Biguanidas (Metformina)					
Inh. Glicosidasa (Azcarbosa)						
Tiazolidinadionas						
Otras						
	Dosis única <input style="width: 50px;" type="text"/>					
	Dosis Frac N°/ día <input style="width: 50px;" type="text"/>					
	Con bomba <input style="width: 50px;" type="text"/>					

Dieta	Dieta confeccionada por:		
	Médico <input type="checkbox"/>	Nutricionista <input type="checkbox"/>	Sin asesoramiento profesional <input type="checkbox"/>

Tratamiento Adicional	Tratamiento con	Nombre Comercial	Dosis/ Día
	Hipotensores		
	Hipolipemiente		
	Otras		

Fecha de Incorporación al PLAN DIABETES de IPROSS / /

.....
Firma/ Sello del Médico Tratante

.....
Firma Responsable