Ficha de enrolamiento DBT

Año: _____ Semestre calendario: 1 ☐ 2 ☐

Fecha de informe: ___/___/___

Sexo: F ☐ M ☐

N° de afiliado: _____

N° DNI: _____ Fecha de nac.: ___/___/___

Nombre y apellido: _____

Tel.: _____

E-mail: _____

DIAGNÓSTICO:

DTM1 ☐ DTM2 ☐ DTM2 I.R. ☐ GESTACIONAL ☐ **Fecha de Diagnóstico:** _____ **Edad del Diagnóstico:** _____

CO-MORBILIDADES:

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Obesidad
- ☐ Dislipemia
- ☐ Tabaquismo

COMPLICACIONES

- ☐ Hipertrofia ventricular
- ☐ Infarto agudo de miocardio
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Retinopatía
- ☐ Ceguera
- ☐ Neuropatía Periférica
- ☐ Vasculopatía Periférica
- ☐ Amputación
- ☐ Nefropatía
- ☐ Diálisis
- ☐ Trasplante renal

CONTROL DE EVOLUCIÓN

Glucemia en ayunas ..... mg%

HbA1c ..... %

LDL ..... mg%

Triglicéridos ..... mg%

Microalbuminuria: • Normal - Fecha: ___/___/___
• Patológico - Fecha: ___/___/___

T.A. Sistólica ..... mm Hg

T.A. Diastólica ..... mm Hg

Creatinina Sérica ..... mg%

Fondo de ojo: • Normal - Fecha: ___/___/___
• Retinopatía - Fecha: ___/___/___

Peso ..... Kg

Talla ..... Mtrs.

Circunferencia Abd. ..... Ctrs.

IMC. .....

Adjunta documentación: SI ☐ NO ☐

TRATAMIENTOS

- ☐ Automonitoreo Glucémico
- ☐ Actividad física
- ☐ Cumple adecuadamente el tratamiento
- ☐ Farmacos antihipertensivos
- ☐ Farmacos hipolipemiantes
- ☐ Ácido acetil salicílico

PRESCRIPCIÓN

Rp/ MONODROGA	ENVASES MENSUALES	DOSIS DIARIA	RESERVADO PARA AUDITORÍA DE CARE SALUD
INS.LISPRO+INS.LISPRO PROTAMINA		U.I.	
INSULINA ASPARTATO		U.I.	
INSULINA DEGLUDEC		U.I.	
INSULINA DETEMIR		U.I.	
INSULINA GLARGINA		U.I.	
INSULINA LISPRO		U.I.	
INSULINA HUMANA CORTA		U.I.	

INSULINA HUMANA INTERMEDIA		U.I.	
INSULINA HUMANA INTERMEDIA NPH		U.I.	
INSULINA HUMANA LENTA		U.I.	
INSULINA GLULISINA		U.I.	
DEGLUDEC		U.I.	
GLUCAGÓN		U.I.	

Rp/ H.G.O.	FORMA	POTENCIA	DOSIS DIARIA	RESERVADO PARA AUDITORÍA DE CARE SALUD
METFORMINA		Mg.		
GLICLAZIDA		Mg.		
GLIMEPIRIDA		Mg.		
VILDAGLIPTINA		Mg.		
SITAGLIPTINA		Mg.		
GLIPIZIDA		Mg.		
PIOGLITAZONA		Mg.		
EMPAGLIFLOZINA		Mg.		
DAPAGLIFLOZINA		Mg.		
CANAGLIFLOZINA		Mg.		

Rp/ OTROS	CANTIDAD MENSUAL	DOSIS DIARIA	RESERVADO PARA AUDITORÍA DE CARE SALUD
TIRAS		/tiras	
LANCETAS		/lanc.	
AGUJAS		/aguj.	
TIRAS DE CETONA			
SENSOR DE MONITOREO DE GLUCOSA INTERMITENTE FLASH			
GLUCÓMETRO			

Reservado para CARE SALUD

N° de autorización: _____ Vencimiento: _____ / _____ / _____

Médico tratante: ..... M.N.: ..... M.P.: .....

Tel.: ..... Lugar: ..... Fecha: ___/___/___

Institución

Firma y sello médico