



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DE PANADERIAS
RNOS: 1-1390-8

DIABETES MELLITUS

Fecha: ____ / ____ / ____

NOMBRE Y APELLIDO:					
Nº DE BENEFICIARIO:		DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:	NRO.:		
DOMICILIO:		TE:			
LOCALIDAD - PROVINCIA:					
FECHA DE NACIMIENTO:	Edad:	SEXO: F / M	<input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO:	DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>		
Fecha diagnóstico DTM	<input type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input type="text"/> Obs: _____		
COMORBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/> TABAQUISMO <input type="checkbox"/>		
Fecha diagnóstico:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
EXAMEN FISICO:		CIRCUNF. ABDOMINAL			
PESO <input type="text"/>	ALTURA <input type="text"/>		IMC <input type="text"/>		
Fecha de realización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)					
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.		Insul. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Dialisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revae. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			
CONTROLES		FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas					
HbA1C					
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja					
Triglicéridos					
Microalbuminuria					
Creatinina sérica					
Clearance de Creatinina					
TA sistólica / TA diastólica					
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS					FECHA
Fondo de ojo	<input type="checkbox"/> Sin RD	<input type="checkbox"/> RDNP	<input type="checkbox"/> RDP		
Sin RD: sin retinopatía diabética		RDNP: retinopatía diabética no proliferativa		RDP: retinopatía diabética proliferativa	
Examen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		

Firma y sello del médico tratante: