



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL PACIENTE CON DIABETES (P . P . P . D .)

Nº Afiliado _____

Fecha: ____ / ____ / ____

APELLIDO Y NOMBRE _____

Sexo M F

Edad: años. Peso: kg. Altura: cm. BMI:

Tipo de diabetes 1 2 Insulinorequiriente

Edad al diagnóstico (años): _____ Antigüedad de la diabetes (años): _____

Antecedentes de acidosis y coma: No Si

Antecedentes de hipoglucemia: No Leve Moderada Severa (pérdida de conciencia)

Hipertensión: NO SI
 Dislipidemia: NO SI
 Tabaquismo: NO SI
 Alcohol: NO SI

TRATAMIENTOS

a. Actividad Física: No Si Liviana Moderada Intensiva

b. Cumple la dieta (diabetes y/o dislipidemia): No Parcialmente Si

c. Insulina: Nombre comercial: _____ Aplicaciones diarias: 1 2 3 ó más

Insulina	Corriente	NPH	Otras
U40			
U80			
U100			
Dosis U/día			
Envases Trimestre			
Otros			

d. Agentes orales: (Nombre comercial, monodroga y dosis en mg/día)

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____

e. Automonitoreo con tiras reactivas No Si Cantidad de tiras reactivas por mes

ANTECEDENTES

Retinopatía: No No Proliferativa Proliferativa Ceguera

Cardiopatía isquémica No Si
 IAM: No Si
 ACV: No Si
 Pulso Pedio o Tibial Posterior: Presente Ausente
 Cirugía Cardiovascular: No Si
 Amputaciones MMII: No Si
 Microalbuminuria: No Si
 Creatinina > 2 mg/dl.: No Si

Proteinuria
 Hemodiálisis

MEDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: _____ MP: _____ ME: _____

Dirección Profesional: _____ Tel.: _____

Horarios de Atención: _____ e-mail: _____ Cel: _____