

PLANILLA DE DIABETES**FECHA:**

Requerimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, Resolución 1711 - 2014



Apellido y Nombres: CUIT/CUIL:

N° de Afiliado: Sexo: F M

Fecha nacimiento:

TIPO DE DIABETES: 1 2 Insulinotratado Gestacional

Edad al diagnóstico (años):

Antecedentes de Acidosis y Coma:

 No Sí

Antecedentes de Hipoglucemia:

 No Sí

Obesidad:

 No Sí

Tabaquismo:

 No Sí

Fecha de diagnóstico:

 Leve Moderada Severa**COMPLICACIONES**

	SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA
HVI				Retinopatía				Amputación			
IAM				Ceguera				Nefropatía			
IC				Neuropatía periférica				Diálisis			
ACV				Vasculopatía				Transplante renal			

EXAMEN FISICO Y COMPLEMENTARIO

	Valor	Fecha de realización		Valor	Fecha de realización		SI	NO	Fecha de realización
Peso			Glucemia			Examen de ojos			
Talla			Creatinina			Electrocardiograma			
Cintura abdominal			Colesterol total			Proteinuria / Microalbuminuria			
BMI			LDLc						
TA Sistólica			Triglicéidos			Examen de pies			
TA Diastólica			Hb A1c						

* La frecuencia de realización de los exámenes de referencia será según criterio del médico tratante.