

**Planilla Pacientes DBT**

**Datos del Paciente**

Apellido y Nombre: ..... Edad: .....  
 N° de Carnet del paciente: .....  
 N° de CUIL del paciente: .....  
 Seccional: .....

**Diagnostico y Clínica**

(Marcar lo que corresponda con una cruz)

Fecha: ...../...../.....  
 Edad al diagnóstico: .....

Tipo de Diabetes:                      Tipo 1                       Tipo 2

Hipertensión                              SI                       No   
 Dislipemia                                 SI                       No   
 Obesidad                                    SI                       No   
 Tabaquismo                                SI                       No

**Complicaciones:**

Hipertrofia Ventricular Izquierda      SI                       No   
 Infarto Agudo de Miocardio              SI                       No   
 Insuficiencia Cardíaca                    SI                       No   
 Accidente Cerebro Vascular            SI                       No   
 Retinopatía                                 SI                       No   
 Ceguera                                      SI                       No   
 Neuropatía Periférica                    SI                       No   
 Vasculopatía Periférica                SI                       No   
 Amputación                                SI                       No   
 Nefropatía                                 SI                       No   
 Diálisis                                       SI                       No   
 Trasplante Renal                          SI                       No

Fecha de Detección:

Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....

**Estudios:**

Glucemia en Ayunas	
HbA1C	
LDLc	
Triglicéridos	
Microalbuminuria	
TA Sistólica	
TA Diastólica	
Creatinina Sérica	
Fondo de Ojo	
Peso	
Talla	
Circunferencia Abdominal	

Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....  
 Fecha: ...../...../.....

Normal                       Patológico

Normal                       Retinopatía Diabética

**Tratamiento:**

Automonitoreo Glucémico              SI                       No   
 Actividad física                            SI                       No   
 Cumple adecuadamente                SI                       No   
 Tratamiento                                SI                       No   
 Farmacos Antihipertensivos            SI                       No   
 Farmacos Hipolipemiantes            SI                       No   
 Ácido Acetil Salicílico                 SI                       No   
 Hipoglucemiantes Orales                SI                       No

Tipo de Insulina: ..... Marca Comercial: .....

Tipo de Insulina: ..... Marca Comercial: .....