






**A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO**

Solicitamos completar junto con su médico el presente formulario. Una adecuada presentación del mismo nos va a permitir realizar la entrega de los insumos necesarios para su tratamiento.

	Fecha:	<input type="text"/>		
	Apellido y nombre/s:	<input type="text"/>		
	Número de beneficiario:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Lugar de residencia			
	Calle y número:	<input type="text"/>	Piso:	<input type="text"/> Depto: <input type="text"/>
	Localidad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
	Delegación Osdop:	<input type="text"/>		
	Teléfono particular:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
	E-Mail:	<input type="text"/>		

	¿Fuma?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cigarrillos/Día	<input type="text"/>
	¿Se le aconsejó dejar de fumar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Ha sido invitado a participar de algún taller para diabéticos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Asistió?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Ha recibido información escrita o verbal sobre..	..cómo seleccionar alimentos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		..cómo realizar actividad física?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		..cómo identificar y tratar un descenso de azúcar (hipoglucemia)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		..cómo cuidar sus pies?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	¿Le han tomado la presión en el último año?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	(En caso afirmativo) ¿Recuerda cuánto le dió su último control?	Máx. <input type="text"/>	Mín. <input type="text"/>		
	¿Ha realizado algún control de su vista en el último año?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		


**A COMPLETAR POR EL MÉDICO ASISTENTE**

Solicitamos tenga a bien completar el siguiente formulario. El mismo nos permitirá cumplimentar con la provisión de los insumos requeridos por su paciente. Con el objetivo de alimentar un canal de comunicación más fluido sería muy importante que nos complete su correo electrónico, teléfono celular.


**La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA / ACCU-CHECK GUIDE y lancetas correspondientes a los equipos provistos.**

Apellido y nombre/s:	<input type="text"/>				
Teléfono laboral:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>	Matrícula:	<input type="text"/> MN	<input type="text"/> MP	<input type="text"/> Pcia
¿Qué especialidad tiene? (Puede seleccionar una o varias)	Médico clínico, generalista o de familias <input type="checkbox"/>	Médico endocrinólogo <input type="checkbox"/>	Médico diabetólogo <input type="checkbox"/>	Otra especialidad <input type="checkbox"/>	
¿Qué tipo de diabetes tiene el paciente?	Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/>	Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/>	Otra (cual)	<input type="text"/>	
Años de diagnóstico de la enfermedad	<input type="text"/>	Dislipemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Obesidad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cumple la enfermedad del paciente criterios de Diabetes lábil?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**ESTUDIOS DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

	VALOR	FECHA
 Glucemia en Ayunas		
HbA1C		
LDLc		
Triglicéridos		
Microalbuminuria	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	
Proteinuria		
TA Sistolica		
TA Diastolica		
Creatinina Serica		
Fondo de Ojo	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	
Peso		
Talla		
Circunferencia Abdominal		
Colesterol Total		
HDL		

**COMPLICACIONES**

		Fecha		Fecha
 Neuropatía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	__ / __ / __	ACV	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> __ / __ / __
Nefropatía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	__ / __ / __	Enfermedad Coronaria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> __ / __ / __
Retinopatía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	__ / __ / __	Enfermedad Vasculard Periférica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> __ / __ / __
Ceguera	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	__ / __ / __	Hipertrofia Ventricular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> __ / __ / __
Diálisis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	__ / __ / __	Insuficiencia Cardíaca	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> __ / __ / __
Transplante Renal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	__ / __ / __	Infarto Agudo de Miocardio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> __ / __ / __
¿Presenta Hipoglucemias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo responde:		
		Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Con pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/>
		Frecuencia semanal <input type="checkbox"/>	veces	
¿Ha sufrido el paciente amputaciones por diabetes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

**DATOS DEL AFILIADO**

 Apellido y nombre/s: 

 Número de beneficiario: 
**INSULINA REQUERIDA**


Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Insulina Basal*	Insulina Corrección*	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*marcar la insulina que corresponde

**TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO**


Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS**


	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
Tiras reactivas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lancetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agujas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA / ACCU-CHECK GUIDE y lancetas correspondientes a los equipos provistos.

**OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO**



---



---

Fecha: .....

Firma y Sello del Médico: .....