



A COMPLETAR


	DATOS DEL AFILIADO		Fecha:	<input type="text"/>
	Apellido y nombre/s:	<input type="text"/>	N° Afiliado:	<input type="text"/>
	DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE		Matrícula:	<input type="text" value="MN"/>
	Apellido y nombre/s:	<input type="text"/>		<input type="text" value="MP"/>
	Provincia:	<input type="text"/>		

TRATAMIENTOS

Automonitoreo Glucémico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hipoglucemiantes Orales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Actividad Física (*)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cumple Dieta?	Sí <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cumple Adecuadamente Tratamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de tratamiento recibe?	Oral <input type="checkbox"/>	Insulina <input type="checkbox"/>	Ambos <input type="checkbox"/>
Fármacos Hipertensivos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Controla la presión arterial?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Fármacos Hipolipemiantes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	DBT1 <input type="checkbox"/>	DBT2 <input type="checkbox"/>	Otra <input type="text"/>
Ácido Acetil Salicílico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				


(*) A los efectos de este sistema de vigilancia se considera actividad física regular la práctica de al menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada repartidos en al menos tres días con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio (ADA 2012).

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"/>
	Posee aparato para medir	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Marca <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

	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Fecha:

Firma y Sello del Médico: _____