# CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONA CON DIABETES MELLITUS

## DATOS FILIATORIOS:

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Género: _____ DNI: _____

Tipo de Diabetes Mellitus: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Gestacional ☐ Otro

Años de diagnóstico de diabetes:

## DATOS DEL EXAMEN FÍSICO:

Peso: Talla: IMC: Circunferencia de cintura:

Exámen de Pie: Sensación Protectora: ☐ Presente: ☐ Ausente: ☐

## COMPLICACIONES:

Hipoglucemias: ☐ Si, especificar: ☐ Leve ☐ Severa

☐ No

Retinopatía: ☐ sin RD ☐ RDNP ☐ RDP

Nefropatía: ☐ SI ☐ NO

Neuropatía: ☐ SI ☐ NO

Macrovasculares: ☐ SI ☐ NO

## COMORBILIDAD:

HTA: ☐ SI ☐ NO

Dislipidemia: ☐ SI ☐ NO

Tabaquismo: ☐ SI ☐ NO

## DATOS REFERIDOS AL TRATAMIENTO:

Plan de alimentación saludable: ☐ SI ☐ NO

Actividad Física: ☐ SI ☐ NO

Educación Diabetológica: ☐ SI ☐ NO

| FÁRMACO | PRESENTACIÓN | DOSIS DIARIA | AÑO DE INICIO |
|---|---|---|---|
| Metformina | | | |
| Sulfonilureas (Glicazida, Glipzida, Glimepirida) | | | |
| IDPP4 (Sitagliptina, Vidagliptina) | | | |
| Pioglitazona | | | |
| iSGLT2 (Emglifozinas, Canaglifozinas, Dapaglifozina) | | | |
| Insulina basal (especificar cuál) | ☐ Vial<br>☐ Lapicera | | |
| Insulina rápida (especificar cuál) | ☐ Vial<br>☐ Lapicera | | |
| Otros | | | |

## Exámenes (últimos 12 meses):

HbA1c: Glucemia en Ayunas:

Fondo de Ojo: ☐ no realizado ☐ realizado

Relación albúmina/creatinina en orina matinal: ☐ no realizado ☐ realizado

Exámen de Pie: ☐ no realizado ☐ realizado

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal RD: retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa

Fecha ___/___/_____

Firma y Sello del Médico