

Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco

*Al Delegado Rectoral*

*Esp. Farm. Carlos Coman*

*S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:*

La/El que suscribe Sr./Sra.....en carácter de  
afiliado/a del Instituto de Servicios Sociales (ISSUNCAUS), me dirijo a Ud. a efectos de  
solicitar el alta del Plan Diabetes. Sin otro particular.

Saludos cordiales

FIRMA:

ACLARACION:

DNI. N°:

# INFORME MÉDICO INICIAL Y DE CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO DE DIABETES

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES:

Tipo Doc: N° DOCUMENTO: EDAD: TELÉFONO DE CONTACTO:

FECHA CONOCIDA LA DIABETES: / / FECHA DE PRESENTACIÓN: / /

DOMICILIO:

**IMPORTANTE** En caso de que el afiliado no cumpla con los requerimientos del programa, será dado de baja de los beneficios del mismo

Aclaración:

Tipo Doc: DNI - LC - LE - CF - CIP - EXT - DUP

N° Documento:

FIRMA del AFILIADO

Es necesario que el paciente presente este informe completado, firmado y sellado por el médico clínico en las oficinas del Programa para ser evaluado su ingreso al mismo

## MEDICACIÓN (COMPLETAR AL CUADRO QUE CORRESPONDA)

| DROGA:          | NOMBRE COMERCIAL | DOSIS<br>N° Tomas | DIARIA<br>Total mg | MOMENTO DE INGESTA |        |       |       |
|-----------------|------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------|-------|-------|
|                 |                  |                   |                    | Pre                | Comida | Posta | Otros |
| 1- Glibencamida |                  |                   |                    |                    |        |       |       |
| 2- Metformina   |                  |                   |                    |                    |        |       |       |
| 3-              |                  |                   |                    |                    |        |       |       |
| 4-              |                  |                   |                    |                    |        |       |       |

  

| INSULINA:   | NOMBRE COMERCIAL | DOSIS<br>N° Aplicaciones | DIARIA<br>Unidades Totales | MOMENTO DE APLICACIÓN |
|-------------|------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|
|             |                  |                          |                            |                       |
| 1- NPH      |                  |                          |                            |                       |
| 2- CORIENTE |                  |                          |                            |                       |
| 3- OTRA     |                  |                          |                            |                       |

## ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE

PESO: kg. IMC: Kg/m<sup>2</sup>  
TALLA: cm Perímetro Abdominal: cm.

## TIPO DE DIABETES

TIPO 1: Solo Hipog. Urinas  
Hipog. Urinas + Insulina  
Solo Insulina  
TIPO 2: Gestacional

## FACTORES DE RIESGO

|                       | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL |    |    |
| DISLIPROTEINEMIA      |    |    |
| TABAQUISMO            |    |    |

## AUTOCONTROL GLUCÉMICO

FRECUENCIA: N° veces por día \_\_\_\_\_  
N° veces por semana \_\_\_\_\_  
TIRAS: REFLECTÓMETRO:

## ACTIVIDAD FÍSICA

INDICADA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ INDICACIONES: ESCRITA \_\_\_\_\_ ORAL \_\_\_\_\_  
TIPO: Ejercicio \_\_\_\_\_ Caminata \_\_\_\_\_ Deportes \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
FRECUENCIA: N° de días por semana \_\_\_\_\_ Cantidad Minutos por día \_\_\_\_\_

## EXAMEN CARDIOVASCULAR

| ANTECEDENTES           | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| Angor                  |    |    |
| Insuficiencia Cardíaca |    |    |
| Arritmias              |    |    |
| Síncope                |    |    |

| PROCEDIMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN     | SI | NO |
|----------------------------------------|----|----|
| Crugía de Revascularización Miocárdica |    |    |
| Crugía de Revascularización Periférica |    |    |
| Angioplastia Transluminal Coronaria    |    |    |
| Angioplastia Transluminal Periférica   |    |    |
| Endarterectomía Carotídea              |    |    |
| Angioplastia Carotídea                 |    |    |

## VASCULOPATÍA

| PULSOS          | Der.              | Izq. | Soplo |
|-----------------|-------------------|------|-------|
|                 | SI NO SI NO SI NO |      |       |
| FEMORAL         |                   |      |       |
| TIBIA POSTERIOR |                   |      |       |
| PEDIO           |                   |      |       |
| CAROTÍDEO       |                   |      |       |

ECG: Registrar los valores obtenidos en el último ECG efectuado al paciente

ECG Alterado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SOBRECARGA VENTRÍCULO IZQUIERDO (Definida por criterios de Sokolov Lyon)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## EXAMEN BIOQUÍMICO Registrar los valores obtenidos en los últimos exámenes efectuado al paciente

| Valor Hallado           |            |
|-------------------------|------------|
| Glucemia                | Mg %       |
| Triglicéridos           | Mg %       |
| Colesterol              | Mg %       |
| HDL                     | Mg %       |
| LDL                     | Mg %       |
| Clearance Creatinina    | Ml / m     |
| Proteinuria 24 hs       | Gr / l     |
| Micro Albumina          | Mg / 24 hs |
| Uremia                  | Gr / l     |
| Creatininemia           | Mg %       |
| Uricemia                | Mg %       |
| Hemoglobina Glucosilada | %          |

| HEMOGRAMA           | Valor Hallado |
|---------------------|---------------|
| N° Glóbulos Rojos   |               |
| Hematocrito         |               |
| Hemoglobina         |               |
| N° Glóbulos Blancos |               |

| ORINA              | Valor Hallado |
|--------------------|---------------|
| Glucosuria         | Gr / l        |
| Cetonuria          | Gr / l        |
| Proteinuria        | Gr / l        |
| Hematuria          | Gr / l        |
| Sedimento Urinario |               |

## Comentarios

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

TELÉFONO DE CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO