Esta solicitud debe ser completada por el Médico con la misma letra y tinta. Su correcto llenado evitará reclamos de documentación.

DATOS DEL SOCIO

Nombre y apellido:

Nro. de Socio:

Edad:

Genero:

D.N.I.:

Email:

DIABETES

Tipo 1 Tipo 2 no insulinoquiriente Tipo 2 insulinoquiriente

Fecha de prescripción: / / Fecha de diagnóstico: / / Años de diagnóstico:

FONDO DE OJOS

Fecha: / /

Normal Proliferativa Proliferativa avanzada

EXAMEN CLÍNICO

Peso: Kg. Talla: m. IMC: Kg/m2. Circunferencia de cintura: cm. TA: Sist. Diast.

EXAMEN DE PIE

Fecha: / / Sensación protectora: Presente Ausente

COMPLICACIONES

Nefropatía: Sí No Cardiopatía: Sí No Macrovasculares: Sí No Neuropatía: Sí No

Retinopatía: Sin RD RDNP RDP Hipoglucemias: Sí leve Sí severa No

COMORBILIDADES

Hipertensión arterial: Sí No Dislipidemia: Sí No Tabaquismo: Sí No

VALORACIÓN CARDIOLOGICA / ECG

Normal Patológica HVI BCI Extrasístoles Otras

LABORATORIO

LAB	VALOR	FECHA
Hemoglobina		
VCM		
HCM		
Glucemia en ayuna		
Uremia mg/dl		
Creatinina mg/dl		
Colesterol mg/dl		
HDL mg/dl		
LDLC mg/dl		
Triglicéridos mg/dl		
Hemoglobina glicosilada		
Microalbuminuria mg/dl		
Relación albúmina creatinina en orina matinal		

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

DATOS DEL TRATAMIENTO

Plan de alimentación saludable: Sí No Actividad física: Sí No Educación diabetológica: Sí No

CRITERIO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON DIABETES

1. PTOG en ayunas: 120 minutos: 2. Glicemia en ayunas: 3. Glicemia al azar: + Poliuria + Polidipsia + Polifagia + Pérdida de peso

GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL (SUGERIDO)	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA (EN MG)	DÍAS DE TRATAMIENTO

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y apellido: _____ Matricula: _____ Especialidad: _____

Teléfono: _____ Email: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.