

# Ficha de relevamiento DBT

Año:.....Semestre calendario:  1  2 Fecha de informe:...../...../..... Sexo:  F  M  
 N° de afiliado:..... N° DNI: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....  
 Nombre y apellido: ..... Tel.: .....  
 E-mail: .....

## DIAGNÓSTICO:

DTM1  | DTM2  | DTM2 I.R.  | GESTACIONAL  | Fecha de Diagnóstico: ..... | Edad del Diagnóstico: .....

### CO-MORBILIDADES:

Hipertensión arterial   
 Obesidad   
 Dislipemia   
 Tabaquismo

### COMPLICACIONES

Hipertrofia ventricular  Retinopatía  Amputación   
 Infarto agudo de miocardio  Ceguera  Nefropatía   
 Insuficiencia cardíaca  Neuropatía Periférica  Diálisis   
 Accidente cerebrovascular  Vasculopatía Periférica  Trasplante renal

### CONTROL DE EVOLUCIÓN

Glucemia en ayunas .....mg%

HbA1c.....%

LDL .....mg%

Triglicéridos.....mg%

Microalbuminuria: Normal - Fecha: ...../...../.....

Patológico - Fecha: ...../...../.....

T.A. Sistólica .....mm Hg

T.A. Diastólica.....mm Hg

Creatinina Sérica .....mg%

Fondo de ojo: Normal - Fecha: ...../...../.....

Retinopatía - Fecha: ...../...../.....

Peso .....Kg

Talla.....Mtrs.

Circunferencia Abd. ....Ctrs.

IMC. ....

Adjunta documentación: SI  NO

### TRATAMIENTOS

Automonitoreo Glucémico  Cumple adecuadamente el tratamiento  Farmacos hipolipemiantes

Actividad física  Farmacos antihipertensivos  Ácido acetil salicílico

### PRESCRIPCIÓN

Rp/	MONODROGA	ENVASES MENSUALES	DOSIS DIARIA	RESERVADO PARA AUDITORÍA DE HOMINIS
	INS.LISPRO+INS.LISPRO PROTAMINA		U.I.	
	INSULINA ASPARTATO		U.I.	
	INSULINA DEGLUDEC		U.I.	
	INSULINA DETEMIR		U.I.	
	INSULINA GLARGINA		U.I.	
	INSULINA LISPRO		U.I.	
	INSULINA HUMANA CORTA		U.I.	
	INSULINA HUMANA INTERMEDIA		U.I.	
	INSULINA HUMANA INTERMEDIA NPH		U.I.	
	INSULINA HUMANA LENTA		U.I.	
	INSULINA GLULISINA		U.I.	
	DEGLUDEC		U.I.	
	GLUCAGÓN		U.I.	

Rp/ H.G.O.	FORMA	POTENCIA	DOSIS DIARIA	RESERVADO PARA AUDITORÍA DE HOMINIS
METFORMINA		Mg.		
GLICLAZIDA		Mg.		
GLIMEPIRIDA		Mg.		
VILDAGLIPTINA		Mg.		
SITAGLIPTINA		Mg.		
GLIPIZIDA		Mg.		
PIOGLITAZONA		Mg.		
EMPAGLIFLOZINA		Mg.		
DAPAGLIFLOZINA		Mg.		
CANAGLIFLOZINA		Mg.		

Rp/ OTROS	CANTIDAD MENSUAL	DOSIS DIARIA	RESERVADO PARA AUDITORÍA DE HOMINIS
TIRAS		/tiras	
LANCETAS		/lanc.	
AGUJAS		/aguj.	
TIRAS DE CETONA			
SENSOR DE MONITOREO DE GLUCOSA INTERMITENTE FLASH			
GLUCÓMETRO			

<b>Reservado para HOMINIS</b>	Vencimiento:    /    /    .
Nº de autorización:	

Médico tratante:..... M.N.: ..... M.P.:.....  
 Tel.: .....Lugar: .....Fecha: ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
 Institución

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello médico