

**IOSCOR**Instituto de obra Social
de la Provincia de Corrientes**PLAN BETA
QUALIDIAB**

FECHA:/...../.....

REGISTRO

Documento del paciente

Tipo Número

Tipo

Auditoria () Entrevista ()

Fecha **CENTRO**

Categoría

Paramédico () MG () Equipo () Unidad () Centro ()

Teléfono

Cód.
País Cód.
Área N° **PACIENTE / DATOS BASICOS**

Solo llenar la primera vez

Hombre () Mujer ()

Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Provincia Departamento Localidad Edad del diagnóstico
de la diabetes **DIABETES**

Tipo 1 ()

Tipo 2 ()

Gestacional ()

Otros ()

Inicio Comprimidos

Año

Inicio Insulina

Año **CONTEXTO DE LA VISITA**

Ambulatorio ()

Internado ()

Número de consultas de los
últimos 12 meses **EMBARAZOS FINALIZADOS EN LOS ULTIMOS 12 MESES (NUMERO)**Partos
Normales Abortos Muertes
Perinatales Malformaciones Cesáreas Peso al Nacer Kg.**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

Tabaquismo

No () Si ()

Cigarrillos / Día

Alcohol

No () Si ()

por semana Peso Kg.Talla cm.IMC Cintura cm.Cadera cm.I.c.c. TA Max mmHgTA Min mmHgGlucemia mg/dl

Ayunas

Glucemia mg/dl

Casual

Microalb. + () - ()

Cualitativa

Técnica no
disponible

HbA 1c ()

HbA 1 ()

Creatinina ()

Proteinuria ()

Colesterol ()

HDL ()

LDL ()

TG ()

Microalb. ()

Cuantitativa

No se
hizo

()

()

()

()

()

()

()

()

()

Valor

 % % mg/dl g/día mg/dl mg/dl mg/dl mg/g mg/g creatinina () mg/ 24 H () pg/ min ()**EDUCACION ADQUIRIDA**

¿LE HAN EXPLICADO COMO...?

No Si

Seleccionar Alimentos () ()

Cuidar los Pies () ()

¿CONOCE SUS METAS DE TRATAMIENTO?

No Si

Identificar / Tratar hipoglucemia () () No ()

Ajustar dosis de Insulina () () Si ()

EDUCACION ADQUIRIDA

Glucemia

Dispone de tiras No () Si ()

N° de veces por semana

Glucosuria

Dispone de tiras No () Si ()

N° de veces por semana

Cetonuria

Dispone de tiras No () Si ()

N° de veces por semana

COMPLICACIONES CRONICAS

MICROANGIOPATIA

No Si
Ceguera () ()
Diálisis / Transplante () ()
Neuropatía periférica () ()

No Si
Nefropatía () ()
Hipo TA ortostática () ()
Disfunción eréctil () ()

MACROANGIOPATIA

No Si
WM () ()
ACV () ()
Angor () ()
Claudicación miembros inferiores () ()
Prevascularización () ()
Amputación sobre tobillo () ()
Amputación bajo tobillo () ()

OJOS



Examen último año NO () SI ()
No Si Der. Izq. No Si Der. Izq.
Fotocoagulación () () () () Maculopatía () () ()
Retinopatía
Vitreclomía () () () No proliferativa () () ()
Cataratas () () () Preproliferativa () () ()
Glaucoma () () () Proliferativa () () ()
Agudeza visual (con corrección) Ojo I [] [] /10 - Ojo D [] [] /10

PIES

Examen último año NO () SI ()
Apariencia No Si No Si Der. Izq.
Deformado () () Sensib. vibrat. anormal () () ()
Piel seca () () Resp. monofilamento anormal () () ()
Callos () () Ref. aquellano ausente () () ()
Infección () () Pulso pedio ausente () () ()
Fisuras () () Ulcera curada () () ()
Ulcera / gangrena aguda () () ()
Bypass / Angioplastia () () ()

COMPLICACIONES AGUDAS Y HOSPITALIZACIONES EN EL ULTIMO AÑO

Ausentismo Laboral (N° días / año) [] [] []
(Indicar N° de episodios) Causas de hospitalizaciones Días
Hipoglucemias severas [] [] 1.- [] [] [] [] [] []
Cetoacidosis / coma [] [] 2.- [] [] [] [] [] []
Coma hiperosmolar [] [] 3.- [] [] [] [] [] []

LABORATORIO

Glucemia: _____
Hemoglobina Glucosilada _____ Proteinuria de 24 hs. _____

TRATAMIENTO

INSULINA (unidades / día) ESTILO DE VIDA
Ultimo Valor Lenta o
No Si Comp./día mg/comp. Cristalina NPH ultralenta
Biguanidas () () [] [] [] [] [] []
Sulfonilureas () () [] [] [] [] [] []
Meglitinidas () () [] [] [] [] [] []
Inin. Glucosidasas () () [] [] [] [] [] []
Tiazolidinedionas () () [] [] [] [] [] []
Otros () () [] [] [] [] [] []
¿ Cual ? [] [] [] [] [] []
Porcina [] [] [] [] [] []
Humana [] [] [] [] [] []
Análogos [] [] [] [] [] []
Premezclada [] [] [] [] [] []
N° Inyecciones / día [] [] Pen () Bomba ()
Dieta () ()
Actividad Física () ()

MEDICACION ADICIONAL

Ultimo Valor
No Si Comp./día mg/comp.
HTA
Bloq. Alfa () () [] [] [] [] [] []
Bloq. Beta () () [] [] [] [] [] []
Bloq. Cálculos () () [] [] [] [] [] []
Inh. ECA () () [] [] [] [] [] []
Bloq Recep. Angiol () () [] [] [] [] [] []
Diuréticos () () [] [] [] [] [] []

DISLIP

Ultimo Valor
No Si Comp./día mg/comp.
Estatinas () () [] [] [] [] [] []
Fibratos () () [] [] [] [] [] []
Otros () () [] [] [] [] [] []
¿ Cual ? [] [] [] [] [] []

OTRAS PATOLOGIAS

No Si
Insuf. Cardíaca () ()
Neuropatía () ()
Cardiopatía isquémica () ()
Nefropatía () ()
Otra [] [] [] [] [] []

MEDICACION ADICIONAL

Firma

Aclaración