OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL HOTELERO Y GASTRONOMICO

Planilla Pacientes DBT

FECHA DE CONFECCION DE PLANILLA: …..…../……..…../…….

Datos del Paciente

Apellido y Nombre:…….…….. Edad:……..

Nº de Carnet del paciente:…….……

Nº de CUIL del paciente:……

Seccional:……..……..……..

Diagnostico y Clínica
(Marcar lo que corresponda con una cruz)

Fecha de diagnostico: ……..…./……..…/……..…

Edad al diagnóstico: ……..…..

Tipo de Diabetes: Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Gestacional ☐ Otros ☐

Hipertensión	SI ☐	No ☐
Dislipemia	SI ☐	No ☐
Obesidad	SI ☐	No ☐
Tabaquismo	SI ☐	No ☐

Complicaciones:

			Fecha de Detección:
Hipertrofia Ventricular Izquierda	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Infarto Agudo de Miocardio	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Insuficiencia Cardíaca	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Accidente Cerebro Vascular	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Retinopatía	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Ceguera	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Neuropatía Periférica	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Vasculopatía Periférica	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Amputación	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Nefropatía	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Diálisis	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…
Trasplante Renal	SI ☐	No ☐	Fecha: ……..…./……..…/……..…

Estudios:

Glucemia en Ayunas		Fecha: ……./……../……	
HbA1C		Fecha: ……./……../……	
LDLc		Fecha:……/……../…….	
Triglicéridos		Fecha: ……./……../……	
Microalbuminuria		Fecha: ……./……../……	Normal ☐ Patológico ☐
TA Sistólica		Fecha: ……./……../……	
TA Diastólica		Fecha: ……./……../……	
Creatinina Sérica		Fecha: ……./……../……	
Fondo de Ojo		Fecha: ……./……../……	Normal ☐ Retinopatía Diabética ☐
Peso		Fecha: ……./……../……	
Talla		Fecha: ……./……../……	
Circunferencia Abdominal		Fecha: ……./……../……	

Tratamiento:

Automonitoreo Glucémico	SI ☐	No ☐
Actividad física	SI ☐	No ☐
Cumple adecuadamente Tratamiento	SI ☐	No ☐
Farmacos Antihipertensivos	SI ☐	No ☐
Farmacos Hipolipemiantes	SI ☐	No ☐
Ácido Acetil Salicílico	SI ☐	No ☐
Hipoglucemiantes Orales	SI ☐	No ☐

Insulina Basal — Tipo de Insulina:…….…… Marca Comercial:……..

Insulina de Correción — Tipo de Insulina:…….…… Marca Comercial:……

…… Lugar de Atención

…… Firma y Sello del Médico