

CERTIFICADO PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONA CON DIABETES MELLITUS

1. DATOS FILIATORIOS

- Nombre y Apellido: _____
- DNI: _____ N° de Afiliado: _____
- Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____
- Género: _____
- Domicilio: _____ Localidad: _____
- Provincia: _____
- Teléfono: _____ Mail: _____

2. ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

- Tipo de diabetes mellitus: 1 2 Gestacional Otro: _____
- Fecha / Año de diagnóstico: _____

3. EXAMEN FÍSICO

- Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
- Circunferencia de Cintura/Abdominal: _____
- Tensión Arterial: TAS: _____ TAD: _____
- Examen de pie: Realizado No realizado
 - Inspección: _____
 - Sensación Protectora: Presente Ausente

4. COMPLICACIONES Y COMORBILIDADES

- Hipoglucemias: No Si ([Leve Severa) Fecha: _____
- Retinopatía: No RDNP RDP Ceguera. Fecha: _____
- Nefropatía: Si No. Fecha: _____
 Diálisis Trasplante renal. Fecha: _____
- Neuropatía Periférica: Si No. Fecha: _____
- Macrovasculares: Si No
Infarto Agudo Miocardio Insuficiencia Cardíaca ACV Vasculopatía Periférica Amputaciones.
Hipertrofia Ventricular. Fecha: _____
- Comorbilidades:
 - HTA: Si No **Dislipemia:** Si No
 - Tabaquismo: Si No **Obesidad:** Si No

5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Últimos 12 meses)

- HbA1c: _____ Fecha: _____
- Glucemia: _____ Fecha: _____

- **Microalbuminuria / Rel. Albúmina-Creatinina:** [] Realizado [] No realizado
- **Perfil Lipídico:** LDL: _____ Triglicéridos: _____ Fecha: _____
- **Creatinina:** _____ Fecha: _____
- **Fondo de Ojo:** [] Realizado [] No realizado. Resultado: _____ Fecha: _____

6. TRATAMIENTO

- **Plan Alimentación Saludable:** [] Si [] No **Educación Diabetológica:** [] Si [] No

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO
Metformina			
Sulfonilureas			
Inhibidores DPP-4			
Inhibidores SGLT-2			
Agonistas GLP-1			
Insulina Basal	[] Vial [] Lapicera		
Insulina Rápida/Corrección	[] Vial [] Lapicera		
Bomba de Insulina e Insumos			
Otros (Meglitinidas, Tiazolidenidionas, etc.)			

- **Tratamiento Comorbilidades:**
[] Hipolipemiante [] Antihipertensivo [] Antiagregación (AAS u otros)

7. DATOS DEL PROFESIONAL

- **Nombre y Apellido:** _____ **Especialidad:** _____
- **Teléfono:** _____ **Mail:** _____
- **Firma y Sello:** _____ **Fecha:** _____

Recordamos que este formulario debe ser completado en su totalidad y contar con la firma de un profesional con especialidad acorde: Diabetología, Endocrinología, Nutrición, Clínica Médica o Pediatría con formación en Diabetes. Asimismo, el formulario debe estar acompañado por los últimos estudios de laboratorio realizados

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; RD: retinopatía diabética; RDNP: retinopatía diabética no proliferativa; RDP: retinopatía diabética proliferativa.