



FORMULARIO EMPADRONAMIENTO DIABETES

MUTUAL MEDICA RIO CUARTO - 25 DE MAYO 399

TEL: 0358-4755200 - www.mutualmedica.org.ar

INFORMACION GENERAL

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

Nº DE SOCIO: _____ EDAD: _____ años TEL.: _____

MAIL: _____

INFORMACION DEL PRESTADOR

APELLIDO Y NOMBRE: _____

MAIL: _____ TEL.: _____

| FARMACO | DOSIS | DOSIS DIARIA | DOSIS MES | FARMACO | DOSIS | DOSIS DIARIA | DOSIS MES |
|----------------------------|-------|--------------|-----------|----------------------------|--------------|--------------|-----------|
| Glibenclamida | | | | Dapaglifozina | | | |
| Glimepirida | | | | Empaglifozina | | | |
| Metformina | | | | Linagliptina | | | |
| Repaglinida | | | | Linagliptina + Metformina | | | |
| Metformina + Glimepirida | | | | Pioglitazona | | | |
| Metformina + Glibenclamida | | | | Pioglitazona + Metformina | | | |
| Sitagliptina | | | | Rosiglitazona | | | |
| Sitagliptina + Metformina | | | | Rosiglitazona + Metformina | | | |
| Vildagliptina | | | | Saxagliptina | | | |
| Vildagliptina + Metformina | | | | Gliclazida | | | |
| Tiras reactivas | | | | Otra: | | | |
| INSULINA NOMBRE COMERCIAL | | | | DOSIS | DOSIS DIARIA | DOSIS MES | CAJAS |
| | | | | | | | |
| ANALOGO DE INSULINA | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Patologías asociadas a su Diabetes _____

FECHA ____/____/____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____

FIRMA DEL ASOCIADO _____

| Alta del Beneficiario | |
|-----------------------|--|
| CUIT | |
| Apellido y Nombre | |

| Diagnostico | | |
|----------------------|--------|--------|
| TIPO | TIPO 1 | TIPO 2 |
| Fecha del Registro | | |
| Edad del Diagnostico | | |
| Dislipemia | SI | NO |
| Obesidad | SI | NO |
| Tabaquismo | SI | NO |

| Complicaciones | | |
|----------------------------|----|----|
| Hipertrofia Ventricular | SI | NO |
| Infarto Agudo de Miocardio | SI | NO |
| Insuficiencia Cardiaca | SI | NO |
| Accidente Cerebrovascular | SI | NO |
| Retinopatia | SI | NO |
| Ceguera | SI | NO |
| Neuropatia Periferica | SI | NO |
| Vasculopatia Periferica | SI | NO |
| Amputacion | SI | NO |
| Nefropatia | SI | NO |
| Dialisis | SI | NO |
| Trasplante Renal | SI | NO |

| Estudios | | |
|--------------------|--|--|
| Glucemia en Ayunas | | |
| HbA1C | | |
| LDLc | | |
| Trigliceridos | | |
| Microalbuminuria | | |
| TA Sistolica | | |
| TA Diastolica | | |
| Creatinina Serica | | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Fondo de Ojo | | |
| Peso | | |
| Talla | | |
| Circunferencia Abdominal | | |

| Tratamiento | | |
|----------------------------------|----|----|
| Automonitoreo Glucemia | SI | NO |
| Actividad Fisica | SI | NO |
| Cumple Adecuadamente Tratamiento | SI | NO |
| Farmacos Antihipertensivos | SI | NO |
| Farmacos Hipolipemiantes | SI | NO |
| Acido Acetil Salicilico | SI | NO |
| Hipoglucemiantes Orales | SI | NO |
| Insulina Basal | SI | NO |
| Insulina de Correccion | SI | NO |