

PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES
(PRONADIA)

Nombre y Apellido: _____

N° de socio: _____

Edad: _____

DIABETES

Tipo 1 Inicio comprimidos. Año

Tipo 2 Inicio Insulina. Año

Gestacional: _____

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

Tabaquismo: sí no _____ cig/ día

TA: _____ Peso: _____

Talla: _____ IMC: _____

LABORATORIO:

Glucemia en ayunas: _____ Colesterol _____

HbA1c: _____ HDL _____

Creatinina: _____ LDL _____

Proteinuria: _____ TG _____

Microalbuminuria cualitativa (+) (-) _____ cuantitativa _____

AUTOMONITOREO:

Tipo de control: _____

Frecuencia: _____

COMPLICACIONES CRÓNICAS:

Microangiopatía:

Retinopatía: _____

Nefropatía: _____

Neuropatía periférica: _____

Macroangiopatía:

Enfermedad coronaria: _____

Enfermedad cerebrovascular: _____

Enfermedad vascular periférica: _____

Otras: _____

TRATAMIENTO:

Medicamento: _____ Dosis: _____

Fecha: _____

Firma y sello del médico