JERÁRQUICOS

Solicitud de Ingreso al
Programa de Diabetes Mellitus

Esta solicitud debe ser completada por el Médico con la misma letra y tinta. Su correcto llenado evitará reclamos de documentación.

DATOS DEL SOCIO

Nombre y apellido: Nro. de Socio:

Edad: Genero: D.N.I.: Email:

DIABETES

☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 no insulinorequiriente ☐ Tipo 2 insulinorequiriente

Fecha de prescripción: / / Fecha de diagnóstico: / / Años de diagnóstico:

EXAMEN CLÍNICO

Peso: ..... Kg. Talla: ..... m. IMC: ..... Kg/m2. Circunferencia de cintura: ..... cm. TA: Sist. ..... Diast. .....

EXAMEN DE PIE

Fecha: / / Sensación protectora: ☐ Presente ☐ Ausente

COMPLICACIONES

Nefropatia: ☐ Sí ☐ No Cardiopatía: ☐ Sí ☐ No Macrovasculares: ☐ Sí ☐ No Neuropatía: ☐ Sí ☐ No

Retinopatía: ☐ Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP Hipoglucemias: ☐ Sí leve ☐ Sí severa ☐ No

COMORBILIDADES

Hipertensión arterial: ☐ Sí ☐ No Dislipidemia: ☐ Sí ☐ No Tabaquismo: ☐ Sí ☐ No

VALORACIÓN CARDIOLOGICA / ECG

☐ Normal ☐ Patológica ☐ HVI ☐ BCI ☐ Extrasistoles ☐ Otras

FONDO DE OJOS

Fecha: / /

☐ Normal ☐ Proliferativa ☐ Proliferativa avanzada

LABORATORIO

LAB	VALOR	FECHA
Hemoglobina		
VCM		
HCM		
Glucemia en ayuna		
Uremia mg/dl		
Creatinina mg/dl		
Colesterol mg/dl		
HDL mg/dl		
LDLC mg/dl		
Triglicéridos mg/dl		
Hemoglobina glicosilada		
Microalbuminuria mg/dl		
Relación albúmina creatinina en orina matinal		

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

REV. 11 – MARZO 2023

DATOS DEL TRATAMIENTO

Plan de alimentación saludable: ☐ Sí ☐ No Actividad física: ☐ Sí ☐ No Educación diabetológica: ☐ Sí ☐ No

CRITERIO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON DIABETES

1. PTOG en ayunas: 120 minutos: **2.** Glicemia en ayunas: **3.** Glicemia al azar: + Poliuria ☐ + Polidipsia ☐ + Polifagia ☐ + Pérdida de peso ☐

GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL (SUGERIDO)	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA (EN MG)	DÍAS DE TRATAMIENTO

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y apellido: Matricula: Especialidad:

Teléfono: Email:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.

REV. 11 – MARZO 2023