

## Certificado de diabetes

3 Fecha:

Requerimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, Resolución 1711 - 2014

Trimestre Calendario: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ 1 CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Socio nro.: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Tipo y Nro de documento: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

2 Tipo de diabetes:  1  2  Gestacional

4 Edad al diagnóstico (años): \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

5 Dislipidemia  No  Sí

6 Obesidad:  No  Sí

7 Tabaquismo:  No  Sí

### Complicaciones: al menos uno con valor NO o SI con su respectiva fecha

	Sí	No	Fecha		Sí	No	Fecha		Sí	No	Fecha
8 HVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12 Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16 Amputación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 IAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13 Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17 Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 IC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		14 Neuropatía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		18 Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15 Vasculopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		19 Trasplante renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Examen físico y complementarios\*

	Valor	Fecha de realización		Valor	Fecha de realización		0	2	4	Fecha de realización	
Glucemia	20 mg/dl	21	Creatinina	34 mg/dl	35	Proteinuria / Microalbuminuria	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Hb A1c	22 %	23	Peso	38 kg	39		Examen de ojos	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDLc	24 mg/dl	25	Talla	40 m	41	<b>Examen de ojos:</b> 0: sin datos    2: normal    4: retinopatía diabética <b>Proteinuria/Microalbuminuria:</b> 0: sin datos    2: normal    4: patológico					
Triglicéridos	26 mg/dl	27	Cintura abdominal	42 cm	43						
TA Sistólica	30	31	BMI								
TA Diastólica	32	33	Colesterol Total	mg/dl							

\* La frecuencia de realización de los exámenes de referencia será según criterio del médico tratante.

\_\_\_\_\_  
Firma, sello y nro. del profesional

**Tratamiento y control:**

44 Tiras reactivas (automonitoreo):  No  Sí Marca: \_\_\_\_\_  
 Sist. de monitoreo continuo de glucosa  No  Sí Controles: \_\_\_  Día  Semana Unidades/mes: \_\_\_

Cumplió educación diabetológica  No  Sí

45 ¿Realiza actividad física?  No  Sí

46 ¿Cumple adecuadamente tratamiento?  No  Sí

47 Hipertensión Arterial (HTA):  No  Sí

48 Dislipidemia (DLP):  No  Sí

49 ¿Consume ácido acetilsalicílico (AAS):  No  Sí

50 **Hipoglucemiantes:**

Grupo terapéutico	Droga	✓	Grupo terapéutico	Droga	✓	Grupo terapéutico	Droga	✓
Biguanida	Metformina		Sulfonilureas	Cloropropamida		IDPP4, inhibidores de la enzima Dipeptidil Peptidasa	Sitagliptina	
Glitazonas	Pioglitazona			Tolbutamida			Vildagliptina	
	Rosiglitazona			Glibenclamida			Saxagliptina	
GLP1, análogos o agonistas del receptor de glucagon GLP1	Exenatida			Glipizida			Linagliptina	
	Liraglutida			Gliclazida			Teneligliptina	
	Semaglutida		Glimepirida		Evogliptina			
	Dulaglutide		Empagliflozina		Repaglinida			
			ISGLT2	Dapagliflozina		Meglitinidas	Nateglinida	
				Canagliflozina				

Exclusivo uso interno de osde. Importante: si se consigna solamente Metformina se empadronará como incipiente. Si tiene combinación con otros hipoglucemiantes se empadronara como avanzada.

**INSULINO TRATADOS**

51 **Principio Activo Basales** (Si supera los 40UI presentar HC). Uso exclusivo interno OSDE

	Nombre comercial	Fco. Amp.	FlexPen	Penfill	No usa	UI/día	UI/mes
NPH							
Detemir							
Glargina							
Degludec							

52 **Principio Activo Correcciones** (Si supera los 25UI presentar HC). Uso exclusivo interno OSDE

	Nombre comercial	Fco. Amp.	FlexPen	Penfill	No usa	UI/día	UI/mes
Corriente							
Aspartica							
Lispro							
Glulisina							
Insulinas Mixtas							

**El paciente recibirá provisión de insulina de acuerdo a la dosis diaria que utilice según prescripción médica.**

**IMPORTANTE:** antes de prestar conformidad a la entrega se recomienda verificar el pedido, ya que la insulina no tiene devolución ni cambio una vez recibida.

Firma, sello y nro. del profesional

Datos del médico tratante: domicilio, localidad y teléfono.

**Se solicita la firma y sello del médico tratante en ambas caras del formulario.**

Glosario: HVI-Hipertrofia Ventricular Izquierda, IAM-Infarto Agudo de Miocardio, CRM-Cirugía de Revascularización Miocárdica, IC-Insuficiencia Cardíaca, AIT-Accidente Isquémico Transitorio, HDLc- Colesterol asociado a lipoproteína de Alta Densidad, LDLc-Colesterol asociado a lipoproteína de Baja Densidad, ACV-Accidente Cerebrovascular, Hb Alc-Hemoglobina Glicosilada.

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de OSDE, con domicilio en L.N.Alem 1067 piso 9 CABA y serán tratados para brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita, a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326

LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.