

Datos filiatorios

Apellido y nombres: _____ DNI: _____

Edad: _____ Género: _____ Tipo de Diabetes Mellitus: 1 2 Gestacional Otro Años de diagnóstico de Diabetes: _____

Datos del examen físico

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Circunferencia de Cintura: _____

Examen de pie: Sensación protectora Presente Ausente

Complicaciones

Hipoglucemias Sí, especificar Leve Severa No

Retinopatía Sin RD RDNP RDP

Nefropatía Sí No

Neuropatía Sí No

Macrovasculares Sí No

Comorbilidad

HTA Sí No

Dislipidemia Sí No

Tabaquismo Sí No

Datos referidos al tratamiento

Plan de alimentación saludable Sí No

Actividad física Sí No

Educación diabetológica Sí No

Fármaco	Presentación	Dosis diaria	Año de inicio
Metformina			
Sulfonilureas (especificar cuál)			
IDPP4 (especificar cuál)			
Pioglitazona			
iSGLT2 (especificar cuál)			
Insulina basal (especificar cuál)	Vial <input type="checkbox"/> Lapicera <input type="checkbox"/>		
Insulina rápida (especificar cuál)	Vial <input type="checkbox"/> Lapicera <input type="checkbox"/>		
Otros			

Exámenes (últimos 12 meses)

HbA1c: _____ Glucemia en ayunas: _____ Fondo de ojo: No realizado Realizado

Relación albúmina / creatina en orina matinal: No realizado Realizado Examen de pie: No realizado Realizado

Datos del profesional

Firma y sello del médico/a Prescriptor/a: _____

Fecha: _____ Número de teléfono: _____

e-mail: _____

Abreviaturas:

IMC: Índice de masa corporal / RD: Retinopatía diabética / RDNP: Retinopatía diabética no proliferativa

RDP: Retinopatía diabética proliferativa