

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° afiliado: Nombre y Apellido:
 DNI: Edad: Domicilio: Localidad:
 C.P.: Tel: Email:

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido: CUIT:
 Especialidad: Matrícula: Domicilio: Localidad:
 C.P.: Tel: Email:

INFORMACIÓN MÉDICA

Diagnóstico DIABETES: Tipo I Tipo II Gestacional Otro :
 Antecedentes familiares: SI NO Mes y año de diagnóstico:
 Insulino requeriente: SI NO Cumple Plan Alimentario: SI NO
 Realiza actividad física: SI NO Tipo de actividad: N° de veces por semana:
 Automonitoreo glucémico: SI NO N° de veces por día: N° de veces por semana:
 Educación Diabetológica: SI NO
 Hipoglucemias: SI NO
En caso afirmativo responde:
Grado: Leve Moderada Con pérdida de conocimiento Frecuencia semanal veces

DATOS CLÍNICOS

Peso Kg: Talla: Ind. De Masa Corporal: Cintura:
 TA Sistólica (mmHG.): TA Diastólica: Hemoglobina Glicosilada:
 Microalbuminuria: SI NO Glucosuria: SI NO Clearance Creatinina:

COLESTEROL

Total: HDL: LDL: Triglicéridos:

INFORME OFTALMOLÓGICO

Fecha:

(Adjuntar resultado actualizado del informe oftalmológico)

FACTORES DE RIESGO

Dislipidemia: SI NO Alcoholismo: SI NO Obesidad: SI NO
 Hipertensión arterial: SI NO Tabaquismo: SI NO N° de cigarrillos por día:
 Otros factores de riesgo:

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Poliuria: SI NO Neuropatía: SI NO Procesos infecciosos: SI NO
 Retinopatía: SI NO Polidipsia: SI NO Mala cicatrización: SI NO
 Polifagia: SI NO Nefropatía: SI NO Cardiopatía Isquémica: SI NO
 Pérdida de peso: SI NO Pie diabético u Otros Trastornos Tróficos: SI NO

Otras complicaciones

INFORME DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

HIPOGLUCEMIANTES ORALES

Metformina / Dosis/ Día Cantidad de comp. / día

Glibenclamida / Dosis/ Día Cantidad de comp. / día

Glipizida / Dosis/ Día Cantidad de comp. / día

Glimepirida / Dosis/ Día Cantidad de comp. / día

INSULINAS

Origen Tipo Dosis/ Día Cantidad de aplic. / día

.....

.....

.....

CONTROL DE GLUCEMIA Tiras reactivas

Tiras colorimétricas Cant./ Día Tiras para reflectómetro Cant./ Día

OTROS DESCARTABLES

Agujas Cant./ Día

Jeringas Cant./ Día

Lancetas Cant./ Día

OTRO DATO QUE DESEE APORTAR:

.....

.....

Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Aclaración del Paciente	Fecha

COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA Y PRESENTAR EN LA MUTUAL.
PARA AGILIZAR EL TRÁMITE PUEDE ENVIARLO CON ANTELACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: medicamentos@amffa.com.ar