


**FECHA: FICHA DE RELEVAMIENTO**

DIABETES	TIPO 1		TIPO 2	
<b>FECHA REGISTRO</b>				
EDAD DIAGNOSTICO				
DISLIPEMIA	SI	NO	SI	NO
OBESIDAD	SI	NO	SI	NO
TABAQUISMO	SI	NO	SI	NO
HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI	NO	SI	NO
INF.AGUDO MIOCARDIO	SI	NO	SI	NO
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI	NO	SI	NO
A.C.V.	SI	NO	SI	NO
RETINOPATIA	SI	NO	SI	NO
CEGUERA	SI	NO	SI	NO
NEUROPATIA PERIFERICA	SI	NO	SI	NO
AMPUTACION	SI	NO	SI	NO
DIALISIS	SI	NO	SI	NO
GLUCEMIA EN AYUNAS			FECHA:	
HB A 1C			FECHA:	
LD/LC			FECHA:	
TRIGLICERIDOS			FECHA:	
MICROALBUMINURIA			FECHA:	
T.A. SISTOLICA			FECHA:	
T.A. DIASTOLICA			FECHA:	
CREATINA SERICA			FECHA:	
FONDO DE OJO			FECHA:	
PESO			FECHA:	
TALLA			FECHA:	
CIRCUNFERENCIA ABD.			FECHA:	
AUTOMONITORIEO GLUCEMICO	SI	NO	SI	NO
ACTIVIDAD FISICA	SI	NO	SI	NO
CUMPLE TRATAMIENTO	SI	NO	SI	NO
FARMACOS HIPERTENSIVO	SI	NO	SI	NO
FARMACOS HIPOLIPEMIANTES	SI	NO	SI	NO
ACIDO ACETIL SALICILICO	SI	NO	SI	NO
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	SI	NO	SI	NO
INSULINA BASAL				

**MEDICO TRATANTE :**
**PACIENTE:**
**FIRMA:**
**FIRMA :**