

# FORMULARIO DE PROVISION DE MEDICAMENTOS



## Datos filiatorios

Nombre y Apellido:.....

Nº de Afiliado:.....

Edad: .....

Sexo: M    F

DNI:.....

Tipo de Diabetes:

Tipo 1

Tipo 2

Gestacional

Otros:

## Datos antropométricos

PESO: .....

ALTURA:.....

IMC:.....

## COMPLICACIONES

- 1) Presenta hipoglucemias:    SI     NO     En caso afirmativo responde:  
Grado: LEVE     MODERADA     C/ PERDIDA DE CONOCIMIENTO
- 2) Retinopatía: SI     NO
- 3) Nefropatía: SI     NO
- 4) Neuropatía: SI     NO
- 5) Macrovascular : SI     NO

## TRATAMIENTO

FARMACO *	Presentación	Dosis diaria	
METFORMINA			
GLIBENCLAMIDA			
GLICLAZIDA			
INSULINA NPH			
INS. CORRIENTE			
TIRAS REACTIVAS			
LANCETAS			
AGUJAS			

## Laboratorio y Exámenes Complementarios

- 1) HbA<sub>1c</sub> (dos últimos valores):
- 2) Glucemia en ayuno (últimos dos valores):
- 3) Fondo de ojo:
- 4) Función renal:
- 5) Creatinina:                      Urea:                      Cl.de Creatinina:                      Microalbuminuria:
- 6) Examen de pie:

FIRMA DEL MEDICO:

FECHA: