

**ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS
CONTROL DEL 1 DE ENERO DE 2005 A 31 DE DICIEMBRE DE 2005**

Dr/a.				CIAS										
Número de Registro				Fecha de Nacimiento										
Iniciales (4 primeras letras de la TIS)				Sexo										
Tarjeta sanitaria (CIP)				Fecha de Diagnóstico										
TIPO DE DIABETES				Tipo 1 <input type="checkbox"/>		Tipo 2 <input type="checkbox"/>								
EXPLORACIÓN														
Fecha de la última realizada: _____ / _____ / 2005														
Peso en Kg: []		Talla en cm: []		Per. Abdominal cm: ⁽¹⁾ []		Ultima TA (Sist/Dias): [] / []								
<small>(1) Es uno de los criterios de la definición del síndrome metabólico. Se mide con el paciente tendido, a la altura del perímetro máximo.</small>														
ANALÍTICA EN EL PERIODO DE CONTROL														
<small>(2) Sólomente si es la glucemia basal en plasma. (3) 1: Orina de 24h (mg/24h); 2: Minutada (mcg/min); 3: mg albúmina/gr creatinina.</small>														
Glucemia basal ⁽²⁾		HbA1c		Colesterol total		HDL		LDL		Triglicéridos		Albumina orina		
Fecha	mg/dl	Fecha	%	Fecha	mg/dl	Fecha	mg/dl	Fecha	mg/dl	Fecha	mg/dl	Fecha	Tipo ⁽³⁾	Valor
COMPLICACIONES AGUDAS EN EL PERIODO DE CONTROL (marcar con una x en caso afirmativo)				NUEVAS COMPLICACIONES CRÓNICAS Y DIAGNÓSTICOS EN EL PERIODO DE CONTROL (marcar con una x en caso afirmativo e indicar la fecha del evento o del último episodio)										
Hipoglucemia clínicamente manifiesta Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Cetoacidosis diabética <input type="checkbox"/> Coma hiperosmolar <input type="checkbox"/>				DIAGNOSTICOS Diagnóstico de retinopatía diabética <input type="checkbox"/> Fecha [] Diagnóstico de nefropatía diabética <input type="checkbox"/> Fecha [] Diagnóstico de cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Fecha [] Antecedentes de ACV <input type="checkbox"/> Fecha [] Diagnóstico de arteropatía periférica <input type="checkbox"/> Fecha [] Diagnóstico de neuropatía <input type="checkbox"/> Fecha [] Pie diabético/Amputación <input type="checkbox"/> Fecha [] En diálisis <input type="checkbox"/> Fecha [] En programa de transplante renal <input type="checkbox"/> Fecha [] Hipertrofia ventricular izquierda <input type="checkbox"/> Fecha [] con evidencia ECG										
OTRA INFORMACIÓN (marcar con una x en caso afirmativo, especificar cigarrillos/día) Realiza autoanálisis en domicilio <input type="checkbox"/> Tratamiento con hipolipemiantes <input type="checkbox"/> Tratamiento con antihipertensivos <input type="checkbox"/> Tratamiento con antiagregantes <input type="checkbox"/> Embarazo en el periodo de control <input type="checkbox"/> Tabaquismo Si (cigarrillos/día) [] No <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/>				NUEVOS EVENTOS (fecha del último) Angina <input type="checkbox"/> Fecha [] IAM <input type="checkbox"/> Fecha [] Nuevo ACV <input type="checkbox"/> Fecha [] Nueva amputación <input type="checkbox"/> Fecha []										
FALLECIMIENTO				ÚLTIMO TRATAMIENTO										
Fecha [] Causa inmediata [] Causa antecedente [] Intermedia [] Inicial o fundamental [] Otros procesos contribuyentes []				Dieta exclusivamente <input type="checkbox"/> Antidiabéticos orales (nombre y posología) [] 1º [] 2º [] 3º [] 4º [] Insulina (tipo y dosis) 1º [] 2º [] 3º []										
OBSERVACIONES														