

## Cuestionario sobre alteración del Metabolismo de la Glucosa (A ser completado por el médico tratante)

Nombre completo del médico tratante: \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

### Tipo de alteración del metabolismo de la Glucosa:

Glicemia ayuno alterado: Si\_\_ No\_\_ Valor de Glicemia: \_\_\_\_\_

Intolerancia oral a la Glucosa: Si\_\_ No\_\_ Valor de PTOG: \_\_\_\_\_

### Diabetes: Si\_\_ No\_\_ En caso afirmativo completar:

Tipo: \_\_\_\_\_ Fechas del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha del último control: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Por favor, completar indicando fecha y resultados de los análisis de orina y sangre

Análisis de orina	Azúcar	Proteínas	Hallazgos Microscópicos
Fecha 1°			
Fecha 2°			
Fecha 3°			

Análisis de Sangre	Glucosa en ayunas	Hemoglobina Glucosilada (HbA1C)
Fecha 1°		
Fecha 2°		
Fecha 3°		

Niveles de Glicemia > a 250 mg% Si\_\_ No\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diabetes tratada Si\_\_ No\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

¿Ha presentado coma diabético o hipoglicemia aguda en los últimos 3 años? Si\_\_ No\_\_

En caso afirmativo, detallar:

### Medicación:

Hipoglicemiantes orales Si\_\_ No\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Insulina Si\_\_ No\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Dosis diaria: \_\_\_\_\_

Suministrada vía S.C o bomba Si\_\_ No\_\_

Otros medicamentos Desde: \_\_\_\_\_

Detalles: \_\_\_\_\_

### Anomalías asociadas o síntomas de:

Retinopatía Si\_\_ No\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Cardiopatías Si\_\_ No\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_

HTA Si\_\_ No\_\_ Tratada: \_\_\_\_\_ Cifras: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nefropatía Si\_\_ No\_\_

Microalbuminuria Si\_\_ No\_\_ Cifras: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Neuropatía Si\_\_ No\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Tabaquismo actual Si\_\_ No\_\_ Ex fumador: Si\_\_ No\_\_

Consumo diario de cigarrillos: \_\_\_\_\_

### Historia Familiar:

¿Hubo en la familia casos de diabetes, nefropatía, enfermedad coronaria, arterial periférica o cerebrovascular antes de los 62 años? Si\_\_ No\_\_ En caso afirmativo, detallar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Médico Tratante: \_\_\_\_\_