

OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECANICOS Y AFINES  
DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR  
R.N.O.S. N° 1-1190

**Planilla de Inicio**

**Datos del Paciente**

Fecha del Registro:...../...../.....	CUIT/CUIL:.....
Edad al diagnóstico:	

**Diagnóstico y Clínica**

marcar lo que corresponde con una cruz

DTM 1	DTM 2	HTA	Dislipemia	Obesidad	Tabaquismo
<b>Complicaciones</b>					
<<	SI	Fecha	SI	Fecha	SI
Vasculopatía periférica			AIT		HVI
Amputación			ACV		IAM
Nefropatía			Retinopatía		Stent
Diálisis			Ceguera		CRM
Trasplante renal			Neuropatía		IC

El formato fecha admite indicar sólo año usando 01/01 para día y mes

**Planilla de Seguimiento**

Fecha del Registro:...../...../.....	CUIT/CUIL:.....
--------------------------------------	-----------------

Biomarcador y controles	Fecha	Resultado	
		valor	unidades
Glucemia en ayunas			
HbA1C			
LDLc			
Triglicéridos			
Microalbuminuria			
TA sistólica			
TA diastólica			
Creatinina sérica			
Fondo de Ojo		SI	NO
Peso			
Talla			
Circunferencia abdominal			

ABREVIATURAS	
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
CRM	Cirugía de Revascularización Miocárdica
IC	Insuficiencia Cardíaca
AIT	Accidente Isquémico Transitorio
LDLc	Colesterol asociado a lipoproteína de Baja Densidad
ACV	Accidente Cerebrovascular
HTA	Hipertensión Arterial
HVI	Hipertrofia del ventrículo izquierdo

**Estilo de vida y tratamiento**

	SI	Nº veces por semana
Automonitoreo		
Actividad física		
Cumple adecuadamente tratamiento		
Dejo de fumar, en caso que lo hiciera		
Tratamiento farmacológico		

	Indicar	Insulina
HTA		NPH
DLP		Corriente
AAS		Análogos rápidos
Hipoglucemiantes orales		Análogos lentos

Firma y sello Médico