

© 2026

Nº de Credencial: _____ Teléfono: _____ Sexo: ☐ Masc. / ☐ Fem. Edad: _____

Tipo de diabetes: ☐ Tipo I ☐ Tipo II ☐ Gestacional

Glucemia (en mg/dl): _____

INDICAR CON UNA "X" LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA:

☐ Retinopatía ☐ Neuropatía ☐ Angor y/o infarto ☐ Hipertensión arterial
☐ Nefropatía ☐ Pie DBT ☐ Patología Vascular Periférica ☐ ACV

(TILDE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDA)

Insulina: ☐ SI ☐ NO Nombre genérico: ☐ Aspartato ☐ Humana ☐ Detemir ☐ Glargina
Unidades día: _____ ☐ Degludec ☐ Glusilina ☐ Lispro ☐ Lispro + Lispro protamina

Hipoglucemiente oral: ☐ SI ☐ NO

Nombre genérico: ☐ Metformina ☐ Glibenclamida ☐ Gliclazida
☐ Glipizida ☐ Glimepirida

Incretina inyectable: ☐ SI ☐ NO

Nombre genérico: ☐ Sitagliptina ☐ Saxagliptina ☐ Vildagliptina ☐ Exenatida ☐ Teneligliptina ☐ Liraglutida ☐ Linagliptina

Automonitoreo: ☐ SI ☐ NO

N° controles (completar el N° de controles por día o por semana)

☐ Por día _____ ☐ Por semana _____

[illegible]

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

(Incluir solo con nombre genérico):

Droga	Dosis / día	Presentación Comp/susp/gotas /etc.	Cantidad mensual requerida en comp/frascos/aerosol	Período de tratamiento (meses)

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: ☐ Nacional Nro: _____ ☐ Provincial Nro: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Especialidad médica: _____

Institución tratante: _____

Firma: Sello:

Fecha: ____/____/____

