



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

## PLAN DE DIABETES

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

El que suscribe .....

DNI N° ....., agente de la Facultad/Instituto .....

se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, con el objeto de solicitar se lo incluya dentro del Plan de Cobertura asistencial para diabéticos, establecido por Disposición N° 713/11, cuyos términos y alcance declaro conocer, a.....(afiliado titular/adherente), para lo cual acompaño:

a) Historia clínica donde se fundamente la necesidad del tratamiento médico-farmacéutico para diabético y análisis de laboratorio (glucemia) que confirme el diagnóstico.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

**Domicilio:**.....

**CUIT/CUIL N°:** ..... **Email**.....

**Teléfono/Celular:** .....

**OBSERVACIONES:**.....

.....

.....

**Firma del afiliado titular**



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**Dirección de Servicios Sociales:**

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....

Corrientes...../...../.....

Firma del Responsable

**Informe Auditoria Médica:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma Asesor Médico

**Secretaria de Prestaciones de Salud**.....de.....de.....

Se autoriza la inclusión de.....DNI N°.....  
en el plan para diabéticos, conforme a lo establecido en la Disposición 713/11.

Secretaria de Prestaciones de Salud.

**DEPTO. REGISTRO Y AFILIACIONES.** En el día de la fecha se procede a incorporar al interesado al Plan de Diabéticos y a notificar al interesado. Fecha: ...../...../.....

Firma del Responsable

Se remite a **MESA** para su archivo.

Corrientes:...../...../.....

Firma del Responsable

## HISTORIA CLÍNICA

fecha:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Edad:  años

Sexo F  M  N° de historia clínica

Tipo de documento:  N° de documento:

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de diabetes: 1  2  Insulina: si  no

Antigüedad de diabetes:  años Hemoglobina glicosilada:  .  %

Cumplimiento plan alimentario : no  si

Actividad física : no  si  Tipo actividad \_\_\_\_\_ n° dias/sem.

Automonitoreo : no  si  n° veces por día  n° veces/semana

Educación diabetológica : no  si  cuidados del pie : no  si

Higiene deficiente : no  si  Vive solo : no  si

**Factores de riesgo** : Dislipemia: no  si

Hipertensión arterial : no  si

Tabaquismo no  si  n° cigarrillos

Alcoholismo no  si

**Complicaciones** : Retinopatía : no  No Prolif  Prolif.  Ceguera

Antec. amputación: si  no

Nefropatía : no  microalb  macroalb.  IRC

Cardiopatía isquémica: no  si  ACV si  no

### Datos clínicos:

Peso :  Kg. talla  m IMC  .

Cintura  cm. TA sistólica  TA diastólica  mmHg

**Examen clínico de los pies**  
**Apariencia de los pies**

Fecha      ,      /

**Pie Derecho**

Aspecto normal Si  No

**Si es No, marcar :**

- Deformidades
- Piel seca
- Callos
- Infección
- Fisuras
- Otros

Especifique \_\_\_\_\_

**Signo del Abanico :**

Normal  patológico

**Sensibilidad**

**Pie Derecho**

**Filamento**

Normal  0 patológico  1

**Reflejo aquileano**

Normal  0 patológico  1

**Diapasón de 128 Hz. (sobre dorso de hallux)**

Normal  0 patológico  1

**Pinchar/ tocar**

Normal  0 patológico  1

**Copo de algodón (sobre dorso de pie).**

Normal  0 patológico  1

**Pie Izquierdo**

Aspecto normal Si  No

**Si es No, marcar :**

- Deformidades
- Piel seca,
- Callos
- Infección
- Fisuras
- Otros

Especifique \_\_\_\_\_

**Signo del abanico**

Normal  patológico

**Pie Izquierdo**

normal  0 patológico  1

**Reflejo aquileano**

Normal  0 patológico  1

**Pie derecho**

**Discriminación Frío/calor**

Si  No

**Pie izquierdo**

Si  No

**Examen vascular**

|                                   | <b>M.I. Derecho</b>                                     | <b>M.I. Izquierdo</b>                                   |
|-----------------------------------|---|---|
| Dolor reposo                      | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Claudicación intermitente         | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones tróficas             | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Alteración temperatura            | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Eritrocianosis                    | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Pulsos femorales                  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Poplíteos                         | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Pedios                            | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Tibiales posteriores              | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Soplo femoral                     | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Relleno venoso patológico(>20")   | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Relleno capilar patológico (> 4") | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |

• **Estudio de las presiones con Doppler**

|                                  | Derecho    | Izquierdo  |
|----------------------------------|------------|------------|
| Presión arteria radial           | _____ mmHg | _____ mmHg |
| Presión arteria pedia            | _____ mmHg | _____ mmHg |
| Presión arteria tibial posterior | _____ mmHg | _____ mmHg |
| Indice tobillo / brazo (T/ B):   | _____      | _____      |
| Indice dedo/brazo (D/B):         | _____      | _____      |

*Indice Tobillo/ brazo normal : 0,91 – 1,3*  
*Isquemia clinica : 0,5 – 0,9*  
*Isquemia grave : < 0,5*

*Indice dedo/ brazo normal : >0,5*  
*isquemia clínica : 0,5 – 0,3 isquemia*  
*grave : <0,3*

**Informe de Eco Doppler Color :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informe de arteriografía :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Estudio del apoyo

|            | Derecho | izquierdo |
|------------|---------|-----------|
| Pedigrafía | _____   | _____     |
| Podoscopía | _____   | _____     |
| Baroscopía | _____   | _____     |

**Radiografía de pie :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Clasificación de heridas diabéticas de la Universidad de Texas

|                              | 0 | 1  | 2                    | 3                    |
|------------------------------|---|--|----------------------|----------------------|
| A Lesión pre o post ulcerosa |   | superficial no compromete tendón, cápsula ni hueso | Penetra al tendón    | Penetra a hueso      |
| B Infección                  |   | Infección  | Infección            | Infección            |
| C Isquemia                   |   | Isquemia   | Isquemia             | Isquemia             |
| D Infección e isquemia       |   | Infección e isquemia                               | Infección e isquemia | infección e isquemia |

**Consignar :**

\_\_\_\_\_

#### • Categorización de riesgo

- 0  sin riesgo      Sensación intacta
- 1  riesgo leve      Pérdida de sensación  
Riego sanguíneo intacto, no deformidades
- 2  riesgo moderado      Pérdida sensación  
Riego sanguíneo afectado o deformidades del pie
- 3  riesgo severo      Úlceras o amputaciones previas

