

"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

PLAN DE DIABETES

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. 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

"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

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
Nº..... 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 _____

Pie Izquierdo

Aspecto normal Si No

Si es No, marcar :

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

Especifique _____

Signo del Abanico :

Normal patológico

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

normal 0 patológico 1

Reflejo aquileano

Normal 0 patológico 1

Normal 0 patológico 1

0 1

normal 0 patológico 1

normal 0 patológico 1

Pie derecho

Discriminación Frío/calor

Si No

Pie izquierdo

Si No

Examen vascular

	M.I. Derecho	M.I. Izquierdo
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**

Isquemia clinica : 0,5 – 0,9
Isquemia grave : < 0,5

Presión arteria radial
 Presión arteria pedia
 Presión arteria tibial posterior

Indice tobillo / brazo (T/ B):
 Indice dedo/brazo (D/B):

Indice Tobillo/ brazo normal : 0,91 – 1,3

Derecho	Izquierdo
_____ mmHg	_____ mmHg
_____ mmHg	_____ mmHg
_____ mmHg	_____ mmHg
_____	_____
_____	_____

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	Infección
C Isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia
D Infección e isquemia		Infección e isquemia	Infección e isquemia	infección e isquemia

Consignar :

• Categorización de riesgo

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | sin riesgo | Sensación intacta |
| 1 | <input type="checkbox"/> | riesgo leve | Pérdida de sensación
Riego sanguíneo intacto, no deformidades |
| 2 | <input type="checkbox"/> | riesgo moderado | Pérdida sensación
Riego sanguíneo afectado o deformidades del pie |
| 3 | <input type="checkbox"/> | riesgo severo | Úlceras o amputaciones previas |

