Tabla de Automonitoreo

Contar con una planilla como la siguiente, per- Tu médico te indicará en qué momento del día mite llevar un registro y control personal sobre debes realizarte las mediciones. tu tratamiento.

AUTOMONITOREO		
Fecha	Momento del día (hora)	Valor de glucemia
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

Material enmarcado en:

PROGRAMA **DE DIABETES MELLITUS**

Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPJBON / R.N.O.S. 0-0320-7 Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P. 3-1014-9

MUTUAL JERÁRQUICOS

Av. Fdo. Zuviría 4584 - Santa Fe (3000) (0342) 4504800 / 0800 555 4844 informes@jerarquicos.com www.jerarquicos.com

Superintendencia de Servicios de Salud Órgano de control de obras sociales y entidades de medicina prepaga. Línea 0 800 - 222 - SALUD www.sssalud.gob.ar



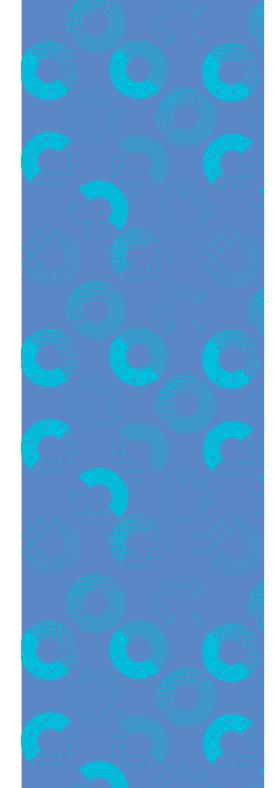


Registro de Controles Médicos y Automonitoreo

El éxito del control de la diabetes se centra en el equilibrio de diferentes factores: la educación, la medicación, la actividad física, la nutrición equilibrada, el control médico y el automonitoreo.

Mantener los niveles de azúcar -o de glucosaen sangre dentro de parámetros saludables evita complicaciones a corto y largo plazo.

Nombre y Apellido:
Año de Diagnóstico de Diabetes:
Nombre y Apellido del Médico:



Seguimiento Médico

lo largo del año. Esperemos te sea útil para reto o la posibilidad de agregar otros controles. cordar las pruebas y exámenes médicos, chequeos y vacunas que necesites.

En la siguiente tabla podrás colocar los resul- El mismo es sugerido, consultá con tu médico tados y las fechas de los estudios realizados a sobre la frecuencia específica en tu tratamien-

Estudio realizado	Fecha	Observaciones		
FRECUENCIA: CADA 3 MESES				
Visita médica de rutina	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
Control nutricionista	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
Prueba de hemoglobina	/ /			
glicosilada (si su glucosa en sangre no es estable)	/ /			
	/ /			
Chequeo de la presión arterial	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
Chequeo de peso	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
Chequeo de peso	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

Estudio realizado	Fecha	Observaciones		
FRECUENCIA: CADA 6 MESES				
Prueba de hemoglobina glicosilada (si su glucosa en sangre no es estable)	/ / / / / /			
Examen dental	/ / / / / /			
Test de visión, control de presión de ojo y fondo de ojo	/ / / / / /			
	FRECUENCIA: CADA AÑO			
Examen físico	/ /			
Vacuna antigripal	/ /			
Examen abarcador de los pies	/ /			
Perfil de lípidos (si los valores no son normales)	/ /			
Prueba de los riñones (ej. Prueba de microalmúmina y creatinina)	/ /			
Examen de ojo dilatado	/ /			
Valoración cardiológica	/ /			
Colesterol	/ /			
Triglicéridos	/ /			
Niveles de HDL	/ /			
Microalbuminuria	/ /			