

**Cuestionario - Diabetes**

Apellidos:  
Nombre:  
Fecha de nacimiento:

(nombre dirección y teléfono del médico)

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.

**Rogamos contestar todas las preguntas y proporcionar toda la información solicitada.**

Diagnóstico:  
Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Talla : \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  tratada  no tratada Fecha: \_\_\_\_\_

Determinaciones (2 últimos exámenes)	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha
Glucemia	en ayunas			
	post-prandial (2 horas)			
Hemoglobina glicosilada HbA <sub>1c</sub>				
Fructosamina				
Glucosuria	en ayunas			
	post-prandial			
Microalbuminuria/ Proteinuria				
Acetonuria				

	No	Si	Detalles	Fecha(s)
<b>Valores de glucemia superiores a 15,4 mmol/l (279 mg/100 ml) en los últimos 6 meses</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Bajo tratamiento médico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
<b>Diabetes controlada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
<b>Tratamiento</b>			descripción:      dosis	
Antidiabéticos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ desde _____	
	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Detalles</b>	<b>Fecha(s)</b>
Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ desde _____	
Otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ desde _____	
			¿motivo? _____	
			_____	
<b>ECG*</b>				
- reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	_____
- esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal* <input type="checkbox"/> anormal*	_____
<b>Fondo de ojo normal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grado _____	_____
<b>Existen signos o síntomas de:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles?	
Retinopatía proliferativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad de las arterias periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Nefropatía diabética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Proteinuria inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Neuropatía diabética autónoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Neuropatía diabética periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> invalidante _____	_____
<b>Antecedentes de cetoacidosis recidivante, coma cetoacidótico o hiperosmolar no cetósico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuántos? _____      ¿último? _____	_____
Enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años en la historia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre	
			<input type="checkbox"/> hermanos o hermanas	

- Fumador**    cigarrillos número/día \_\_\_\_  
 pipa/puro
- Hiperlipidemia**    Colesterol total \_\_\_\_\_ mg/%  
 Fracción C-HDL \_\_\_\_\_ mg/%  
 Triglicéridos \_\_\_\_\_ mg/%  
 Tratamiento: \_\_\_\_\_ desde  
 \_\_\_\_\_ desde  
 \_\_\_\_\_ desde

	No	Si	Detalles	Fecha(s)
<b>Síndrome X</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Consumo diario de alcohol (en ml)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vino _____ <input type="checkbox"/> cerveza _____ <input type="checkbox"/> bebidas alcohólicas	
<b>Si no sigue tratamiento mediante insulina en la actualidad (diabetes tipo 2) ¿podría precisar si hay motivos que puedan hacer necesaria su instauración?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuáles? _____ _____ _____ _____	

**\* IMPORTANTE:** se ruega proporcionar cualquier examen anormal realizado así como los últimos trazados electrocardiográficos y las curvas de tolerancia a la glucosa (PTG) efectuadas.

FECHA:

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE:

