

TRATAMIENTO CON ISCI

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: __/__/____ PESO __kg ESTATURA __, __ cm D.N.I: _____
 DIRECCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 PROVINCIA: _____ TFNOS. CONTACTO: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____ FECHA DIAGNÓSTICO DIABETES: __/__/____

DATOS TRATAMIENTO

MARCA ISCI: _____ MODELO ISCI: _____
 NOMBRE DE ÁNALOGO: _____ OBJETIVO GLUCEMIAS EN AYUNAS: _____
 OBJETIVO GLUCEMIAS PREPRANDIALES: _____ OBJETIVO GLUCEMIAS POSTPRANDIALES: _____

ADJUNTAR PAUTA ISCI Y PAUTA ALTERNATIVA EN CASO DE DESCONEXIÓN.

DATOS COMPLEMENTARIOS

¿ACUDE A CONSULTAS DE SEGUIMIENTO CON REGULARIDAD? NO ; SI OBSERVACIONES: _____

¿UTILIZA SENSOR CONTÍNUO DE GLUCOSA? NO ; SI INDIQUE EL MODELO: _____

¿REALIZA EJERCICIO/DEPORTE? NO ; SI . ¿CUÁL/ES? _____

TOTAL DE HORAS SEMANALES _____ ¿FEDERADO? NO SÍ ¿EN CUÁL? _____

COMPENSACIÓN METABÓLICA HABITUAL: BUENA ; REGULAR ; MALA ; INESTABLE

(Según criterio del pediatra-endocrino o endocrinólogo/a)

ÚLTIMA HbA1c (imprescindible): _____ FECHA DE LA ÚLTIMA HAb1c: __/__/____

CALIFIQUE EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES: ALTO ; MEDIO ; BAJO

¿SE AUTOANALIZA SOLO LA GLUCEMIA? SÍ NO . ¿CAMBIA EL CATETER SIN AYUDA? SÍ NO .

¿PRACTICA CONTROL DE CETONEMIA?: SÍ NO

¿PRESENTA ALGÚN CUADRO PATOLÓGICO DIGNO DE RESEÑAR O PRECISA ALGUNA OTRA MEDICACIÓN?

(ADJUNTAR INFORME DE PEDIATRÍA)

¿PRESENTA ENURESIS NOCTURNA? SÍ NO

ES ALÉRGICO: SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO INDICAR A QUÉ y SEÑALAR MEDICACIÓN:

NOMBRE HOSPITAL: _____

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

(ENDOCRINO/A-PEDIATRA o (O ENFERMERO/A EDUCADOR/A)

FIRMA Y SELLO

FECHA: __/__/____

DATOS DE INTERÉS

PREGUNTAS PARA LOS/LAS ASISTENTES

¿QUÉ ACTIVIDADES TE GUSTARÍA HACER EN LA COLONIA?

¿QUÉ TE GUSTARÍA APRENDER EN LA COLONIA?

PREGUNTAS PARA LOS PROGENITORES

¿QUÉ ESPERAN DE LA COLONIA?

¿HAY ALGO QUE TE GUSTARÍA QUE TU HIJO/A APRENDA O MEJORE RESPECTO AL MANEJO DE SU DIABETES?

OBSERVACIONES