



TRATAMIENTO MULTIDOSIS DE INSULINA

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: __/__/__

INSULINAS:

- INSULINA LENTA BASAL(NOMBRE): _____
 PAUTA: cantidad y horario de administración:
- INSULINA ANÁLOGO (NOMBRE): _____

RATIOS Y FACTOR DE SENSIBILIDAD:

	Desayuno	Media mañana	Almuerzo	Merienda	Cena
Ratios					
FS					

RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO RECOMENDADAS.

DIETA DE _____ Kcal

Desayuno	Media mañana	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena

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/A? 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 HbA1c: __/__/_____
- CALIFIQUE EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES: ALTO ; MEDIO ; BAJO
- ¿SE AUTOANALIZA SOLO/A 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/A: SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO INDICAR A QUÉ y SEÑALAR MEDICACIÓN:
- ¿SE HA VACUNADO CONTRA EL COVID_19? SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON CUÁNTAS DOSIS? _____

NOMBRE HOSPITAL: _____

FIRMA Y SELLO

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____
 (ENDOCRINO/A -PEDIATRA o (O ENFERMERO/A EDUCADOR/A)

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