



**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 HAb1c: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
  - 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? \_\_\_\_\_
- CONTINÚE RELLENANDO POR DETRÁS:

NOMBRE HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
 PROFESIONAL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
 (ENDOCRINO/A -PEDIATRA o (O ENFERMERO/A EDUCADOR/A)

FIRMA Y SELLO  
 FECHA: \_\_/\_\_/\_\_

*INFORME MÉDICO COLONIA 2023*  
*DATOS DEL CONTROL DIABETOLÓGICO DEL NIÑO/A*

**PROBLEMAS EMOCIONALES/CONDUCTUALES:**

- ANSIEDAD:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- DEPRESIÓN:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- FOBIA/AS:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- TERRORES NOCTURNOS:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- PROBLEMAS DE ATENCIÓN:
  - SÍ. ESPECIFICAR
  - NO
  
- OTROS:

Por favor, si hubiera cualquier información/informe de especialista que pudiera ayudar al equipo de la Colonia, no dude en facilitarlo.

Recuerde que todos los datos recogidos en este informe son de carácter confidencial y para uso exclusivo del personal de la Colonia 2023.