

TRATAMIENTO CON ISCI

DATOS GENERALES (A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES/AS LEGALES):

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 A RELLENAR POR EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL:

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

INDICAR RACIONES MÁXIMAS POR COMIDA): DE: MM: AL: M: CE:

ADJUNTAR PAUTA ISCI (DESCARGAR PROGRAMACIÓN) Y PAUTA ALTERNATIVA EN CASO DE DESCONEXIÓN.

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

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

DATOS COMPLEMENTARIOS (A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES/AS LEGALES):

¿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? _____

¿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:

CONTINÚE RELLENANDO POR DETRÁS:

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

FIRMA Y SELLO

FECHA: ___/___/___

INFORME MÉDICO COLONIA 2025
DATOS DEL CONTROL DIABETOLÓGICO DEL NIÑO/A

PROBLEMAS EMOCIONALES/CONDUCTUALES (A RELLENAR POR PROGENITORES/TUTORES/AS LEGALES):

- 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 2025.