



## HIPOGLUCEMIA

En los últimos 6 m: N° \_\_\_\_\_ episodios

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_\_ Glucagon: Si No Hospitalización: Si No Glucosa i/v: Si No

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_\_ Glucagon: Si No Hospitalización: Si No Glucosa i/v: Si No

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_\_ Glucagon: Si No Hospitalización: Si No Glucosa i/v: Si No

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_\_ Glucagon: Si No Hospitalización: Si No Glucosa i/v: Si No

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hipoglucemia comprobada(mg/dl): \_\_\_\_ Glucagon: Si No Hospitalización: Si No Glucosa i/v: Si No

## TRATAMIENTO PREVIO:

Insulinoterapia

NPH \_\_\_\_ UI/día

N° dosis \_\_\_\_

Insulina cristalina \_\_\_\_ UI/día

N° dosis \_\_\_\_

Análogos de acción rápida \_\_\_\_ UI/día

N° dosis \_\_\_\_

Insulina por BIC \_\_\_\_ UI/día basal \_\_\_\_ UI/día bolo

Plan alimentario

Conteo de Hidratos de carbono  Si  No

## MONITOREO GLUCÉMICO

N° determinaciones /día \_\_\_\_

## PACIENTES QUE YA UTILIZAN ANÁLOGOS DE INSULINA DE ACCIÓN PROLONGADA

Fecha de inicio del análogo de acción prolongada \_\_/\_\_/\_\_\_\_

HbA1c (%) pretratamiento: \_\_\_\_, \_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

HbA1c (%) postratamiento (6m): \_\_\_\_, \_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

N° de hipoglucemias en 6m pretratamiento: \_\_\_\_

N° de hipoglucemias en 6m postratamiento: \_\_\_\_

## TRATAMIENTO SOLICITADO:

Insulina Glargina Dosis solicitada: \_\_\_\_ UI/día

Insulina Detemir Dosis solicitada: \_\_\_\_ UI/día Para el mes de: \_\_\_\_\_

## CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: