**ID:**

**Fecha de nacimiento:** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

 día mes año

Mes: **|\_|\_|** Año: **|\_|\_|\_|\_|**

**1.** **Fecha** en la que se te diagnosticó por 1ª vez la **diabetes:**

**2.** ¿De qué tipo de diabetes estas diagnosticado?

|  |  |
| --- | --- |
| Diabetes tipo 1 | 🞏 |
| Diabetes tipo 2 | 🞏 |
| Diabetes gestacional | 🞏 |
| Otros tipos (por favor, especifica)  | 🞏\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| No lo sé | 🞏 |

 **3**. **Peso** que tenías cuando se te diagnosticó de diabetes:

Kg.: **|\_|\_|\_|**

**4.** Cuando se te diagnosticó por 1ª vez, ¿presentabas síntomas

Síntomas 🠊🞏

Revisión 🠊🞏

o fue en una revisión?

**5.** Cuando se te diagnosticó por 1ª vez de diabetes, ¿presentabas alguna de las siguientes situaciones?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cetoacidosis | 🞏 NO | 🞏 SI |
| Coma | 🞏 NO | 🞏 SI |
| Pérdida de peso | 🞏 NO | 🞏 SI |
| Aumento del apetito | 🞏 NO | 🞏 SI |
| Aumento de la sed | 🞏 NO | 🞏 SI |
| Aumento de la frecuencia de orina | 🞏 NO | 🞏 SI |
| Alteraciones en la visión | 🞏 NO | 🞏 SI |

Ninguna 🠊🞏

Sólo 1 🠊🞏

2 ó más 🠊🞏

No lo sé 🠊🞏

**6.** ¿Has tenido alguna vez niveles de glucosa en sangre **en ayunas** de 126 mg/dl o superiores?

Ninguna 🠊🞏

Sólo 1 🠊🞏

2 ó más 🠊🞏

No lo sé 🠊🞏

**7.** ¿Has tenido alguna vez una hemoglobina glicada (HbA1c) mayor o igual a 6,5%**?**

**8.** ¿Cuántas veces has tenido niveles de glucosa de **200 mg/dl o superiores** (incluyendo

Ninguna 🠊🞏

Sólo 1 🠊🞏

2 ó más 🠊🞏

valores postprandiales pero no los niveles del test de tolerancia oral de glucosa[[1]](#footnote-1))?

**9.** ¿Cuántas veces has tenido valores **anormales** en el test de tolerancia oral de glucosa1 de

**200 mg/dl o superiores** a las 2 horas?

🞏 Nunca me la han determinado 🞏 Ninguna 🞏 Sólo 1 🞏 2 ó más

Ninguna 🠊🞏

Sólo 1 🠊🞏

2 ó más 🠊🞏

**10.** ¿Cuántas veces has tenido glucosa en orina de **2+ ó más**?

**11.** ¿Cuántas veces has presentado **acetona** en orina?

🞏 Nunca me la han determinado 🞏 Ninguna 🞏 Sólo 1 🞏 2 ó más

**12.** ¿Has estado ingresado alguna vez por **cetoacidosis**?

🞏 No 🞏 Sí

Cuando me diagnosticaron🞏

Menos de 1 año después del diagnóstico🞏

Más de 1 año después del diagnóstico🞏

**13.** ¿Has sido tratado **alguna vez** con **inyecciones de insulina**?

 🞏 No 🞏 Sí **a)** ¿Cuándo comenzaste a utilizar insulina?🠊

Años: **|\_|\_|**

 **b)** ¿Cuántos **años** hace que utilizas insulina?

 ¿En qué **año** comenzaste a utilizar insulina?

Año: **|\_|\_|\_|\_|**

 **c)** ¿Utilizas **diariamente** insulina?

 🞏 No 🞏 Sí 🠊(Especifica, por favor, el tipo y la dosis)

**d)** ¿Alguna vez has dejado completamente de utilizar insulina

Sí 🠊🞏

No 🠊🞏

 durante 2 semanas o más tiempo?

**14.** ¿Has tomado alguna vez **antidiabéticos orales** para el tratamiento de la diabetes?

 🞏 No 🞏 Sí

**a) Por** favor indica el tipo de **medicación** y dosis:🠊

Años: **|\_|\_**|

 **b)** ¿Cuántos **años** hace que tomas antidiabéticos orales?

 **c)** ¿En que **año** comenzaste a tomarlos?

Año: **|\_|\_|\_|\_|**

**15.** ¿Fuiste diagnosticada por 1ª vez cuando estabas **embarazada**?

 🞏No 🞏 Sí

 Sí 🠊 🞏

No 🠊🞏

🠋 Sí🠊¿Todavía tienes diabetes?🠊

 ¿Duró la diabetes **> 1 año** después del parto?

No🠊¿Fuiste diagnosticada de

nuevo de diabetes?

 Sí 🠊 🞏

No 🠊🞏

**¡Muchas gracias!**

1. El test de tolerancia oral a la glucosa consiste en tomar un vaso de agua con 75 gr. de glucosa. [↑](#footnote-ref-1)