

**PLANILLA DE COTEJO DE SUPERVISIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

Fecha:

Hospital:

Referente:

Director:

**Disponibilidad de material:**

N° Consultorios:

N° Afiches cons:

N° Afiches sala de espera:

N° fichas:

N° Tensiómetros:

Funcionantes:

No Funcionantes:

Manguitos para obesos :

N° Estetoscopios:

Funcionantes:

No Funcionantes:

Cintas métricas p/Perím. Cintura:

N° balanzas con altímetro:

**FICHA DE REGISTRO DE PACIENTES**

N° de pacientes con nueva ficha:

Diabéticos:

HTA:

Dislipémicos:

Obesos:

Fumadores:

**Calidad de llenado:** Legible:

No legible:

Consignación de: Datos Filiatorios:

DNI:

Diagnóstico:

Estratificación:

Datos Antropométricos:

Laboratorio:

Tratamiento:

Seguimiento:

**Flujograma de Ficha de Registro**

CAPS

HTAL

**Dificultades referidas:****Responsables del llenado:**

Referente:

Otro:

**Control por especialista:**

Oftalmólogo:

Cardiólogo:

Endocrinólogo:

Otro:

**Accesibilidad del paciente al tto. y seguimiento:****LABORATORIO****Prácticas que realiza:** Glucemia:

HbA1C:

Colesterol:

Triglicéridos:

Proteinuria:

Microalbuminuria:

**Dificultades referidas:****INSULINAS****Cantidad de Insulina en el momento de la visita:**

NPH:

I. Corriente:

**Requerimiento para Consumo Interno:**

NPH:

I. Corriente