

INDICACIONES PACIENTE DIABETICO (*)

- **Régimen diabético:** Calorías al día: _____
 - _____ 4 comidas isocalóricas e isoglucídicas: _____ grs H de C c/u
 - _____ 4 comidas de _____ grs H de C c/u; y 2 colaciones de _____ grs de H de C c/u.
- **Esquema Insulínico:**
 _____ INSULINA CRISTALINA sbc _____ UI cada 6 horas. Última dosis de hoy a las _____ hrs **INSULINA ULTRALENTA:**
 _____ LEVEMIR® sbc _____ UI cada _____ horas (____ matinal / ____ vespertino)
 _____ LANTUS® sbc _____ UI cada _____ horas (____ matinal / ____ vespertino)
 _____ TRESIBA® sbc _____ UI cada 24 horas (____ matinal / ____ vespertino)

INSULINA ULTRARAPIDA

_____ NOVORAPID® sbc obligatoria para la ingesta:

pre desayuno	pre almuerzo	pre once	pre cena

En caso excepcional se puede administrar la INSULINA ULTRARRAPIDA después de la ingesta, y la dosis puede ser menor.

- **Monitoreo de GLICEMIA CAPILAR (HGT):**
 - pre -D, pre - A, pre - O y pre - C
 - Control y registro HGT 2 horas post - D, post - A, post - O o post - C, **2 vez al día y alternados**
 - Control y registro de HGT de madrugada (1:00 am) **no administrar insulina.**
- **Refuerzo de INSULINA ULTRARAPIDA** subcutánea; **SI** HGT pre D, pre A, pre O y pre C:
 - ≥ 150 mg/dl _____ UI
 - ≥ 200 mg/dl _____ UI
 - ≥ 250 mg/dl _____ UI
 - ≥ 300 mg/dl _____ UI
 - ≥ 350 mg/dl _____ UI
- **Tratamiento HIPOGLICEMIA LEVE < 70 mg/dl**
 - 1.- Dar Glucosado 10% _____ ml (____ grs glucosa) VO por 1 vez
 - 2.- Esperar 15 minutos volver a controlar glicemia capilar.
 - a) Si glicemia está ≥ 100 mg/dL, y corresponde alguna comida, el paciente debe iniciar la alimentación con la insulina ultrarrápida según los Hidratos de Carbono (colocar la insulina inmediatamente después de comer). Ingesta Rápida de alimentos.
 - b) Si glicemia está ≥ 100 mg/dL, y no corresponde alguna comida dar _____ gramos de Hidrato de Carbono de **absorción lenta: yogurt, leche sin azúcar**
 - c) Si glicemia persiste ≤ a 70 mg/dL, nuevamente dar Glucosado 10% _____ ml (____ grs glucosa) VO, y volver a controlar y seguir con el punto a) o b)
- **COMPROMISO DE CONCIENCIA, TRATAMIENTO HIPOGLICEMIA SEVERA**
 - a) S. Glucosado 10% (2 ml/kg) = _____ ml EV ó
 - b) Bolo GLUCAGON _____ mg Intramuscular.

Niños/as más de 25 kg: 1 mg (dosis completa)
Niños/as bajo 25 Kg: 0,5 mg. (media dosis)

Nombre paciente _____

FECHA _____

Nombre y firma Medico _____