Nombre de sede: …… Año de la campaña: …… Planilla n°…….. de ……..

DATOS	Sexo	M o F															
	Edad	N°															
	¿Antigüedad de la diabetes? (En años)	N°															
	¿Último examen oftalmológico? (En años)	N°/NO															
TRATAMIENTOS	¿Dieta?	SÍ/NO															
	¿Hipoglucemiantes orales?	SÍ/NO															
	¿Insulina?	SÍ/NO															
	¿Fotocoagulación?	SÍ/NO															
	¿Vitrectomía?	SÍ/NO															
	¿Le aplicaron corticoides intravítreos?	SÍ/NO															
	¿Cuántas inyecciones?	N°/NO															
	¿Le aplicaron antiangiogénicos?	SÍ/NO															
	¿Cuántas inyecciones?	N°/NO															
PATOLOGÍAS	¿Edema macular?	SÍ/NO															
	¿Ceguera por diabetes?	SÍ/NO															
	¿Otras patologías oculares?	SÍ/NO															
RETINOPATÍA	FO sin lesiones por diabetes	SÍ/NO															
	RD no proliferativa leve/moderada	SÍ/NO															
	RD no proliferativa severa	SÍ/NO															
	RD proliferativa	SÍ/NO															
PRESCIPCIÓN	¿Indica fotocoagulación?	SÍ/NO															
	¿Indica antiangiogénicos?	SÍ/NO															
	¿Indica corticoides?	SÍ/NO															