

Diabetes Mellitus

Historia clínica / prescripción médica / fecha de registro

Anexo III - Planilla de registro del paciente con diabetes mellitus

Año: _____ Trimestre calendario: _____ Fecha: _____

Apellido y nombre:			
Nro de Beneficio:		Documento de identidad	Tipo: Nro:
Domicilio:			Tel:
Localidad - Provincia:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo: ☐ F ☐ M ☐ X

DIAGNÓSTICO

☐ DTM1 ☐ DTM2 ☐ Gestacional ☐ Otros		
Fecha diagnóstico DTML:	Edad al diagnóstico:	Obs:

COMORBILIDADES

☐ HTA ☐ Obesidad ☐ Dislipemia ☐ Tabaquismo			
Fecha diagnóstico:			

EXAMEN FÍSICO

Peso:	Altura:	Circunferencia Abdominal:	IMC:
Fecha diagnóstico:			

COMPLICACIONES (completar solo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHAS	OTRAS	FECHAS
Hioert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		Neuropatías	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		Úlcera de pie	
Stent		Diálisis		Pie Diabético	
Cirug. Revas Miocárdica		TX Renal		Amputaciones	
Insuficiencia Cardíaca		OFTALMOLÓGICAS	FECHAS	Hipoglucemias	
Acc. Isquémico Transitorio		Retinopatía			
ACV		Ceguera			
Vasculopatía Periférica					

CONTROLES

	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatina sérica				
Clearance de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				

CONTROLES

Fondo de ojo:	☐ Sin RD	☐ RDNP	☐ RDP	Fecha:
Sin RD: sin rinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa				
Examen de pie:	☐ Realizado (S/N)	☐ Normal	☐ Alterado	

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO

Diabetes Mellitus

Historia clínica / prescripción médica / fecha de registro

Anexo III - Planilla de registro del paciente con diabetes mellitus

Año: _____ Trimestre calendario: _____ Fecha: _____

TRATAMIENTO/PRESCRIPCIÓN							
MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN/NOMBRE COMERCIAL	
Insulina	Corriente	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml.	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml.	
Insulinas Análogas Acción prolongadas				U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml.	
Hipogluc. Orales	Metformina			Mg.			
	Pioglitazona			Mg.			
	Gliclazida			Mg.			
	Glimepiride			Mg.			
	Vildagliptina			Mg.			
	Sitagliptina			Mg.			
Glucagon							
Tiras reactivas				Tiras			
				Tiras			
Otros							
Otros							

OTROS TRATAMIENTOS				
NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DÍA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

ESTILO DE VIDA	
Automonitoreo (S/N) Nro veces por día / semana:	¿Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Actividad Física (S/N)	¿Educación diabetológica? (S/N)
En caso de fumador, ¿dejó de fumar? (S/N)	¿Plan de alimentación saludable? (S/N)
Médico tratante	¿Cumple indicaciones dietarias? (S/N)
Domicilio:	Tel:
Localidad - Provincia:	