

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA I PRESCRIPCIÓN I FICHA DE REGISTRO

Año: _____ Trimestre calendario: _____ Fecha: ____/____/____

Hoja 1/2

Nombre y Apellido: _____

Nº de Afiliado: _____ Documento identidad, tipo: _____ Nro: _____

Domicilio: _____ Año: _____

Localidad - Provincia: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: F/M

Diagnóstico (Obligatorio) DTM1 DTM2 Gestacional OTROS

Fecha de diagnóstico DTM (Obligatorio) _____ Edad al diagnóstico (Obligatorio): _____ Obs: _____

Comorbilidades: HTA Obesidad Dislipemia Tabaquismo

Fecha de diagnóstico: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____

Examen Físico: Peso: _____ Altura: _____ Circunf. Abdominal: _____ IMC: _____

Fecha de realización: ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____

COMPLICACIONES (completar sólo las respuestas afirmativas con fecha)

CARDIOVASCULARES	FECHA	RENALES	FECHA	OTRAS	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.	____/____/____	Insuf. Renal Crónica	____/____/____	Neuropatías	____/____/____
Infarto Agudo Miocárdico	____/____/____	Nefropatía	____/____/____	Úlcera de Pie	____/____/____
Stent	____/____/____	Díálisis	____/____/____	Pie Diabético	____/____/____
Cirug. Revas. Miocárdica	____/____/____	TX Renal	____/____/____	Amputaciones	____/____/____
Insuficiencia Cardíaca	____/____/____			Hipoglucemias	____/____/____
Acc. Isquémico Transitorio	____/____/____	OFTALMOLÓGICAS	FECHA		____/____/____
ACV	____/____/____	Retinopatía	____/____/____		____/____/____
Vasculopatía periférica	____/____/____	Ceguera	____/____/____		____/____/____

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas (Obligatorio)	____/____/____			
HbA1C (Obligatorio)	____/____/____			
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja (Obligatorio)	____/____/____			
Triglicéridos (Obligatorio)	____/____/____			
Microalbuminuria (Obligatorio)	____/____/____			
Creatinina sérica (Obligatorio)	____/____/____			
Clearence de Creatinina (Obligatorio)	____/____/____			
TA sistólica I TA diastólica (Obligatorio)	____/____/____			
	____/____/____			
	____/____/____			

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	FECHA
Fondo de Ojo: <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	____/____/____
sin RD: sin retinopatía diabética I RDNP: retinopatía diabética no proliferativa I RDP: retinopatía diabética proliferativa	
Examen de Pie: <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	____/____/____

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA I PRESCRIPCIÓN I FICHA DE REGISTRO

Año: _____ Trimestre calendario: _____ Fecha: ____/____/____

Hoja 2/2

TRATAMIENTO I PRESCRIPCIÓN						
MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN I 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 Prolongada				U.I.		Cartuchos x 3 ml
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas análogas -Rápidas				U.I.		
				U.I.		

Hipogluc. Orales	Metformina			Mg		
	Pioglitazona			Mg		
	Gliclazida			Mg		
	Glimepiride			Mg		
	Vildagliptina			Mg		
	Sitagliptina			Mg		
				Mg		
				Mg		

GLUCAGON				Mg	
----------	--	--	--	----	--

TIRAS REACTIVAS				Tiras	
				Tiras	

OTROS					
OTROS					

OTROS TRATAMIENTOS	UNIDADES X TOMA	UNIDADES X DIA	UNIDADES X SEMANA	UNIDADES MENSUAL
NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO				
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA:

--

ESTILO DE VIDA	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/ N) N° veces por día/ semana:	Educación diabetológica? (S/N)
Actividad Física (S/ N)	Plan de alimentación saludable? (S/ N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/ N)	Cumple indicaciones dietarios? (S/ N)
MÉDICO TRATANTE:	
DOMICILIO:	TEL:
LOCALIDAD - PROVINCIA:	

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico