GALENO

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA | PRESCRIPCIÓN | FICHA DE REGISTRO

Año:_____ Trimestre calendario:_____ Fecha: ____/____/____ Hoja 1/2

Nombre y Apellido: _____

N° de Afiliado: _____ Documento identidad, tipo:_____ Nro.:_____

Domicilio:_____ Tel.:_____

Localidad - Provincia: _____

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

Diagnóstico: DTM1 ☐ DTM2 ☐ Gestacional ☐ OTROS ☐

Fecha de diagnóstico DTM _____ Edad al diagnóstico _____ 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) **Enviar laboratorio con vigencia máximo 6 meses.**

CARDIOVASCULARES	FECHA
Hipert. Ventrículo Izq.	____/____/____
Infarto Agudo Miocárdico	____/____/____
Stent	____/____/____
Cirug. Revas. Miocárdica	____/____/____
Insuficiencia Cardíaca	____/____/____
Acc. Isquémico Transitorio	____/____/____
ACV	____/____/____
Vasculopatia periférica	____/____/____

RENALES	FECHA
Insuf. Renal Crónica	____/____/____
Nefropatía	____/____/____
Diálisis	____/____/____
TX Renal	____/____/____

OFTALMOLÓGICAS	FECHA
Retinopatía	____/____/____
Ceguera	____/____/____

OTRAS	FECHA
Neuropatías	____/____/____
Úlcera de Pie	____/____/____
Pie Diabético	____/____/____
Amputaciones	____/____/____
Hipoglucemias	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	FECHA
Fondo de Ojo: ☐ Sin RD ☐ RDNP ☐ RDP	____/____/____
sin RD: sin retinopatia diabética | RDNP: retinopatia diabética no profilerativa | RDP: retinopatia diabética profilerativa	
Examen de Pie: ☐ Realizado (S/N) ☐ Normal ☐ Alterado	____/____/____

_____ Firma y Sello Médico Tratante

_____ Firma y Sello Auditor Médico

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA | PRESCRIPCIÓN | FICHA DE REGISTRO

Año:_____ Trimestre calendario:_____ Fecha: _____/_____/_____ Hoja 2/2

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 Prolongada				U.I. U.I.		Cartuchos x 3 ml 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			
	Dapagliflozina			Mg			
	Empagliflozina			Mg			
GLUCAGON				Mg			
TIRAS REACTIVAS				Tiras			
				Tiras			
OTROS							
OTROS							

OTROS TRATAMIENTOS NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	UNIDADES X DIA	UNIDADES X SEMANA	UNIDADES MENSUAL
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 dia/semana:	Educación diabetológica? (S/N)
Actividad Fisica (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

F0003