

ANEXO III

Registro del paciente con Diabetes Mellitus

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: Trimestre calendario: Fecha: __/__/__

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD. TIPO:

NRO.:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F / M

DIAGNOSTICO:

DTM1

DTM2

GESTACIONAL

OTROS

Fecha diagnóstico DTM

Edad al diagnóstico

Obs:

COMORBILIDADES:

HTA

OBESIDAD

DISLIPEMIA

TABAQUISMO

Fecha diagnóstico

EXAMEN FISICO:

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		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO	
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS	
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
ACV		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			

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 retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDNP: retinopatía diabética proliferativa	
Exámen de pie Realizado (S/N) Normal Alterado	

Firma y sello médico tratante

Firma y sello auditor médico

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: Trimestre calendario: Fecha: __/__/__

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION							
MONODROGA		ORIGEN		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / 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	N.P.H.			U.I		Cartuchos x 3 ml	
- Acción Prolongada	N.P.H.			U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas	N.P.H.			U.I			
- Rápidas	N.P.H.			U.I			
Hipogluc. Orales	METFORMINA			Mg			
	PIOGLITAZONA			Mg			
	GLICLAZIDA			Mg			
	GLIMEPIRIDE			Mg			
	VILDAGLIPTINA			Mg			
	SITAGLIPTINA			Mg			
				Mg			
				Mg			
GLUCAGON							
TIRAS REACTIVAS				tiras			
				tiras			
OTROS							
OTROS							

OTROS TRATAMIENTOS					
NOMBRE GENERICO MEDICAMENTO		UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos					
Hipolipemiantes					
Antiagregantes					

FUNDAMENTACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION 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 dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:	
DOMICILIO:	TE:
LOCALIDAD - PROVINCIA:	

Firma y sello médico tratante

Firma y sello auditor médico