

**ANEXO III | PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS**

**HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO**

Año: ..... Trimestre calendario: ..... Fecha de Prescripción: ..... | ..... | .....

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario: ..... Documento Identidad. Tipo: ..... N°: .....

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

CIRCUNFERENCIA 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	.....   .....   .....	OFTALMOLÓGICAS	Fecha	Hipoglucemias	.....   .....   .....
Acc. Isquémico Transitorio	.....   .....   .....	Retinopatía	.....   .....   .....		
ACV	.....   .....   .....	Ceguera	.....   .....   .....		
Vasculopatía Periférica	.....   .....   .....				

**CONTROLES**

Fecha

Valor

Unidades

Observaciones

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 / RDP: retinopatía diabética proliferativa							
Exámen de pie		Realizado (S/N)		Normal		Alterado	.....   .....   .....

.....  
Firma y Sello Médico Tratante

.....  
Firma y Sello Auditor Médico

TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN				DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN NOMBRE COMERCIAL	
MONODROGA		ORIGEN					
Insulina	Corriente	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prerellenadas x 3 ml.	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prerellenadas x 3 ml.	
Insulinas Análogas -Acción prolongada				U.I.		Cartuchos x 3 ml.	
Insulinas Análogas -Rápidas				U.I.		Lapiceras prerellenadas x 3 ml.	
Hipoglucemiantes Orales	Metformina			mg.			
	Pioglitazona			mg.			
	Gliclazida			mg.			
	Glimepiride			mg.			
	Vildagliptina			mg.			
	Sitagliptina			mg.			
					mg.		
Glucagon							
Tiras Reactivas				tiras			
				tiras			
Otros							
Otros							

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

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN INDICADA

ESTILO DE VIDA				
Automonitoreo <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Actividad física <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cumple tratamiento farmacológico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Plan de alimentación saludable? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
N° veces por día/semana: .....	En caso de haber fumado, ¿dejó de fumar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Educación diabetológica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cumple indicaciones dietarias? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Médico Tratante: .....

Domicilio: ..... Tel.: .....

Localidad / Provincia: .....

.....  
Firma y Sello Médico Tratante

.....  
Firma y Sello Auditor Médico