

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	..... | ..... | .....	Diálisis	..... | ..... | .....	Pie diabético	..... | ..... | .....
Cirug. Revas. Miocárdica	..... | ..... | .....	TX Renal	..... | ..... | .....	Amputaciones	..... | ..... | .....
Insuficiencia Cardíaca	..... | ..... | .....	OFTALMOLÓGICAS		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	..... | ..... | .....		
Creatinina sérica	..... | ..... | .....		
Clearance 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.l.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prerellenadas x 3 ml.	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.l.		Cartuchos x 3 ml.	
						Lapiceras prerellenadas x 3 ml.	
Insulinas Análogas -Acción prolongada				U.l.		Cartuchos x 3 ml.	
Insulinas Análogas -Rápidas				U.l.		Lapiceras prerellenadas x 3 ml.	
Hipoglucemiantes 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 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	
Nº 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