

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

**DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO**

Año: Semestre 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 de 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.		Ins.Renal Crónica		NEUROPATIA	
Infarto Agudo Miocardio		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Díálisis		AMPUTACIONES	
Cirg.Revas.Miocárdica		TX Renal		HIPOGLUCEMIAS	
Insuficiencia Cardíaca				PIE DIABETICO	
Acc.Isq. Transitorio		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
A.C.V		Retinopatía			
Vasculopatía Periférica		Ceguera			

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
Hb1C				
LDLc Colesterol asoc.a lipoproteina 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)

Examen de pie

Realizado (S/N)

Normal

Alterado

FECHA

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Médico Auditor

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

Año Semestre calendario Fecha: ____/____/____

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN		
Insulina	Corriente	Humana	

Insulina	N.P.H	Humana	
----------	-------	--------	--

Insulinas Análogas - Acción Prolongada			
Insulinas Análogas - Rápidas			

Hipogluc.Orales	METFORMINA		
	PIOGLITAZONA		
	GLICLAZIDA		
	GLIMEPIRIDE		
	VILDAGLIPTINA		
	SITAGLIPTINA		

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				

FUNDACION MEDICA DEL USO DE LA MEDICACION INDICADA

ESTILO DE VIDA	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Automonitoreo (S/N) Nº 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 MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO