

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO

Año: Trimestre Calendario: Fecha: ____/____/____ Hoja 1/2

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					
ACV		OFTALMOLOGICAS	Fecha		
Vasculopatía Periférica		Retinopatía			
		Ceguera			

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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	FECHA
Fondo de ojo <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa	
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aleterado	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO

Año:

Trimestre Calendario:

Fecha: ____/____/____

Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCION

MONODROGA	ORIGEN/PRESENTACION			DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL	
	POTENCIA + FORMA FARMAC.						
Insulina	Corriente	Humana		U.I		Cartucho x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulina	N.P.H.	Humana		U.I		Cartucho x 3 ml	
						Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas				U.I		Cartucho x 3 ml	
- Acción Prolongada				U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas							
- Rápidas				U.I			

MONODROGA	PRESENTACION		DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACION / NOMBRE COMERCIAL	
	POTENCIA + FORMA FARMAC.					
METFORMINA			Mg			
PIOGLITAZONA			Mg			
GLICLAZIDA			Mg			
GLIMEPIRIDE			Mg			
VILDAGLIPTINA			Mg			
SITAGLIPTINA			Mg			
			Mg			
			Mg			
GLUCAGON						
TIRAS REACTIVAS	SANGRE		tiras			
TIRAS REACTIVAS	ORINA		tiras			
LANCETAS			lancetas			
AGUJAS			agujas			
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:

MATRICULA TIPO Y NUMERO	ESPECIALIDAD:
DOMICILIO:	TEL:
LOCALIDAD - PROVINCIA:	

 FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

 FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO