

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE 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		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 <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP	
<small>Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa</small>	
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

 Año:

 Trimestre calendario:

Fecha: ___ / ___ / ___

Hoja 2/2

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 - Acción Prolongada		U.I		Cartuchos x 3 ml Lapiceras prellenadas x 3 ml
Insulinas Análogas - Rápidas		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

Automonitoreo (S/N) N° veces por día / semana:

Actividad Física (S/N)

En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)

Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)

Educación diabetológica? (S/N)

Plan de alimentación saludable? (S/N)

Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO