

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

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

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE BENEFICIARIO: DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

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 CIRC. ABDOMINAL IMC
 Fecha de realización:

COMPLICACIONES (Completar solo las respuestas afirmativas con Fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert. Ventrículo Izq.	<input type="text"/>	Insuf. Renal Crónica	<input type="text"/>	NEUROPATIAS	<input type="text"/>
Infarto Agudo Miocárdico	<input type="text"/>	Nefropatía	<input type="text"/>	ULCERA DE PIE	<input type="text"/>
Stent	<input type="text"/>	Diálisis	<input type="text"/>	PIE DIABETICO	<input type="text"/>
Cirug. Revas. Miocárdica	<input type="text"/>	TX Renal	<input type="text"/>	AMPUTACIONES	<input type="text"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="text"/>			HIPOGLUCEMIAS	<input type="text"/>
Acc. Isquémico Transitorio	<input type="text"/>				<input type="text"/>
ACV	<input type="text"/>				<input type="text"/>
Vasculopatía Periférica	<input type="text"/>				<input type="text"/>

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HbA1C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDLc Colesterol asoc. A lipoproteína de baja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Microalbuminuria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina sérica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clearence de Creatinina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TA sistólica / TA distólica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	FECHA
Fondo de Ojo <input type="checkbox"/> Sin RD <input type="checkbox"/> RDNP <input type="checkbox"/> RDP <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sin RD: sin retinopatía diabética RDNP: retinopatía diabética no proliferativa RDP: retinopatía diabética proliferativa	<input type="text"/>
Examen de pie <input type="checkbox"/> Realizado S/N <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO DEL 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 3ml
Insulina	N.P.H.	Humana	U.I.		Cartuchos x 3 ml Lapiceras – prellenadas x 3ml
Insulinas Análogas – Acción Prolongada			U.I.		Cartuchos x 3 ml
			U.I.		Lapiceras – prellenadas x 3ml
Insulinas Análogas – Acción Prolongada			U.I.		
			U.I.		
Hipogluc. Orales	METFORMINA		Mg		
	PIOGLITAZONA		Mg		
	GLICLAZIDA		Mg		
	GLIMEPIRIDE		Mg		
	VILDAGLIPTINA		Mg		
	SITAGLIPTINA		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	Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)
Actividad física (S/N)	Educación diabetológica? (S/N)
En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)	Plan alimentación saludable? (S/N)
	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:	TE:
LOCALIDAD – PROVINCIA:	