

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLINICA | PRESCRIPCIÓN | FICHA DE REGISTRO

Año: _____ Trimestre calendario: _____ Fecha: ____/____/____ Hoja 1/2

Nombre y Apellido: _____

N° de Afiliado: _____ Documento identidad, tipo: _____ Nro.: _____

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: _____ 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	____/____/____	Neuropatías	____/____/____
Infarto Agudo Miocárdico	____/____/____	Nefropatía	____/____/____	Úlcera de Pie	____/____/____
Stent	____/____/____	Díálisis	____/____/____	Pie Diabético	____/____/____
Cirug. Revas. Miocárdica	____/____/____	TX Renal	____/____/____	Amputaciones	____/____/____
Insuficiencia Cardíaca	____/____/____			Hipoglucemias	____/____/____
Acc. Isquémico Transitorio	____/____/____	OFTALMOLÓGICAS	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	____/____/____			
Clearance 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				
Examen de Pie:	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	____/____/____

Firma y Sello Médico Tratante

Firma y Sello Auditor Médico

Año: _____ Trimestre calendario: _____ Fecha: ____/____/____

TRATAMIENTO PRESCRIPCIÓN							
MONODROGA		ORIGEN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO	PRESENTACIÓN 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		
			U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml		
Insulinas análogas -Rápidas			U.I.				
			U.I.				
Hipogluc. Orales	Metformina		Mg				
	Pioglitazona		Mg				
	Gliclazida		Mg				
	Glimepiride		Mg				
	Vildagliptina		Mg				
	Sitagliptina		Mg				
			Mg				
		Mg					
GLUCAGON			Mg				
TIRAS REACTIVAS			Tiras				
			Tiras				
OTROS							
OTROS							
OTROS TRATAMIENTOS				UNIDADES X TOMA	UNIDADES X DIA	UNIDADES X SEMANA	UNIDADES MENSUAL
NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO							
Antihipertensivos							
Hipolipemiantes							
Antiagregantes							
OTROS							
FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN 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 dietarios? (S/N)			
MÉDICO TRATANTE:							
DOMICILIO:				TEL.:			
LOCALIDAD - PROVINCIA:							