

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: Trimestre calendario: Fecha: __ / __ / __ Hoja ½

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO: DOCUMENTO IDENTIDAD. TIPO: NRO.:

DOMICILIO: TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: Edad: SEXO: F / M

DIAGNÓSTICO: DTM1 DTM2 GESTACIONAL OTROS

Fecha diagnóstico DTM Edad al diagnóstico Obs:

COMORBILIDADES: HTA OBESIDAD DISLIPEMIA TABAQUISMO

Fecha 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		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE	
Stent		Díálisis		PIE DIABETICO	
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				
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	
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

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año: Trimestre calendario: Fecha: ___ / ___ / ___ Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN		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	N.P.H.			U.I		Cartuchos x 3 ml	
	N.P.H.			U.I		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas - Rápidas	N.P.H.			U.I			
	N.P.H.			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 GENÉRICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DÍA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

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 dietarias? (S/N)

MÉDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO