

ANEXO III

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE
CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS				
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO				
Año: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Trimestre calendario <input type="checkbox"/>	Fecha	Hoja 1/2	
NOMBRE Y APELLIDO:				
N° DE BENEFICIARIO:		DOCUMENTO IDENTIDAD.TIPO:	NRO.:	
DOMICILIO:			TE:	
LOCALIDAD - PROVINCIA:				
FECHA DE NACIMIENTO:		Edad:	SEXO: F / M <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO	DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
Fecha de diagnóstico DTM	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Obs.: _____
CORMOBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
EXAMEN FÍSICO	PESO <input style="width: 50px;" type="text"/>	ALTURA <input style="width: 50px;" type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input style="width: 50px;" type="text"/>	IMC <input style="width: 50px;" type="text"/>
Fecha de diagnóstico	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

COMPLICACIONES (Completar solo las respuestas afirmativas con Fecha)

CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS	Fecha
Hipert.Ventriculo lzq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS	
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ÚLCERA DE PIE	
Stent		Dialísis		PIE DIABÉTICO	
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES	
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMAS	
Acc. Isqémico Transitorio					
ACV					
Vasculopatía Periférica					

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	
Exámen de pie <input type="checkbox"/> Realizado (S/N) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	

<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE</p>	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO</p>
---	--

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

 Año:

 Trimestre calendario:

Fecha: / /

Hoja 2/2

TRATAMIENTO / PRESCRIPCIÓN

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	
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS		tiras		
		tiras		
OTROS				
OTROS				

OTROS TRATAMIENTOS

NOMBRE GENÉRICO MEDICAMENTO	UNIDADES X TOMA	TOMAS X DIA	TOMAS X SEMANA	DOSIS MENSUAL
Antihipertensivos				
Hipolipemiantes				
Antiagregantes				

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA USO DE LA MEDICACIÓN 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 de alimentación saludable? (S/N)
	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE	FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO
-------------------------------	------------------------------