

ANEXO III

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE  
CON DIABETES MELLITUS



DIABETES MELLITUS				
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO				
Año: <input 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 type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input type="text"/>	Obs.: _____
CORMOBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>
EXAMEN FÍSICO				
PESO	<input type="text"/>	ALTURA	<input type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input type="text"/>
Fecha de diagnóstico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IMC <input 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	

_____ 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**

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	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)

MEDICO TRATANTE:  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD - PROVINCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO