

PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS				
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO				
Año: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Trimestre calendario: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Fecha: ___/___/___	Hoja 1/2	
NOMBRE Y APELLIDO:				
Nº DE BENEFICIARIO:		DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:		NRO.:
DOMICILIO:			TE:	
LOCALIDAD - PROVINCIA:				
FECHA DE NACIMIENTO:		Edad:	SEXO: F / M	<input type="checkbox"/>
DIAGNOSTICO:	DTM1 <input type="checkbox"/>	DTM2 <input type="checkbox"/>	GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
Fecha diagnóstico DTM	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Edad al diagnóstico	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Obs: _____
COMORBILIDADES:	HTA <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	DISLIPEMIA <input type="checkbox"/>	TABAQUISMO <input type="checkbox"/>
Fecha diagnóstico:	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
EXAMEN FISICO:	PESO <input style="width: 60px;" type="text"/>	ALTURA <input style="width: 60px;" type="text"/>	CIRCUNF. ABDOMINAL <input style="width: 60px;" type="text"/>	IMC <input style="width: 60px;" type="text"/>
Fecha de realización	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>
COMPLICACIONES (Completar sólo las respuestas afirmativas con Fecha)				
CARDIOVASCULARES	Fecha	RENALES	Fecha	OTRAS
Hipert. Ventrículo Izq.		Insuf. Renal Crónica		NEUROPATIAS
Infarto Agudo Miocárdico		Nefropatía		ULCERA DE PIE
Stent		Diálisis		PIE DIABETICO
Cirug. Revas. Miocárdica		TX Renal		AMPUTACIONES
Insuficiencia Cardíaca				HIPOGLUCEMIAS
Acc. Isquémico Transitorio		OFTALMOLOGICAS	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				
Exámen de pie	<input type="checkbox"/> Realizado (S/N)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO</p> </div> </div>				

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 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 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:

Actividad Física (S/N)

En caso de fumador, dejó de fumar? (S/N)

Cumple tratamiento farmacológico? (S/N)

Educación diabetológica? (S/N)

Plan de alimentación saludable? (S/N)

Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE:

LOCALIDAD - PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO