

DIABETES MELLITUS
HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año Fecha: ___/___/___ Hoja 1/2

NOMBRE Y APELLIDO: **CUIL**

Nº DE BENEFICIARIO **DOCUMENTO IDENTIDAD. TIPO** **Nº**

DOMICILIO: **Te.:**

LOCALIDAD – PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO: **EDAD:** **SEXO: F/M/O**

DIAGNÓSTICO: DBTM1 DBTM2 GESTACIONAL OTROS
Fecha diagnóstico DTM Edad al diagnóstico Observaciones

COMORBILIDADES: HTA OBESIDAD DISLIPEMIA TABAQUISMO
Fecha diagnóstico

EXAMEN FÍSICO: CIRCUNF. ABDOMINAL IMC
PESO ALTURA
Fecha

COMPLICACIONES (Completar solo 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		Diálisis		Pie diabético	
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		RDNP	RDP	
Sin RD: sin retinopatía diabética					
RDNP: retinopatía diabética no proliferativa					
RDP: retinopatía diabética proliferativa					
Exámenes de pie		Realizado (S/N)	Normal	Alterado	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLÍNICA / PRESCRIPCIÓN MÉDICA / FICHA DE REGISTRO

Año

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.	
Hipoglucemiantes Orales	METFORMINA		mg	
	PIOGLITAZONA		mg	
ISGLT2	GLICLAZIDA GLIPIZIDA		mg	
EMPAGLIFLOZINA	GLIMEPIRIDE		mg	
CANAGLIFLOZINA	VILDAGLIPTINA		mg	
DAPAGLIFLOZINA	SITAGLIPTINA		mg	
GLUCAGON				
TIRAS REACTIVAS			tiras	
			tiras	
OTROS	LANCETAS			
OTROS	REFLECTOMETROS			

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) Nº 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) Nº cigarrillos x día:	Cumple indicaciones dietarias? (S/N)

MEDICO TRATANTE:

DOMICILIO:

TE.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO