PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Resolución N° 948/19-Ministerio de Salud de la Nación

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: ____________ CUATRIMESTRE CALENDARIO: ______ FECHA:_____/_____/_____ Hoja 1/2

Apellido y nombre . __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

DNI: Tipo:_______Número __|__|__|__|__|__|_|__| CUIL:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nro. Afiliado: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| OBRA SOCIAL:_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nacionalidad __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Edad __|__| F. Nacimiento_____/___/________Sexo:______

Domicilio :_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nro._|_|_|_|_|

Localidad__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Provincia:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Teléfono __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|_ E-mail: ____________________

DIAGNOSTICO DIABETES Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Dbt gestacional ☐ Otros tipos: ☐

Fecha diagnostico:____|____|____ Edad al momento del diagnóstico:___|__| Obs:_________________________

COMORBILIDADES HTA ☐ OBESIDAD ☐ DISLIPEMIA ☐ TABAQUISMO ☐

	HTA	OBESIDAD	DISLIPEMIA	TABAQUISMO
Fecha diagnóstico				

EXAMEN FISICO

	PESO	ALTURA	CIRCUNF. ABDOM	IMC
Fecha de realización				

COMPLICACIONES (Completar SOLO las respuestas AFIRMATIVAS colocando la FECHA)

CARDIOVASCULARES	FECHA
Hipertrofia ventricular izq	
Infarto agudo miocardio	
Stent	
Cirugía Revas.Miocárdica	
Insuficiencia cardíaca	
Acc.Isquémico transitorio	
ACV	
Vasculopatía periférica	

RENALES	FECHA
Insuf. renal crónica	
Nefropatía	
Diálisis	
TX Renal	
OFTALMOLOGICAS	
Retinopatías	
Ceguera	

OTRAS	FECHA
NEUROPATIAS	
ULCERA DE PIE	
PIE DIABETICO	
AMPUTACIONES	
HIPOGLUCEMIAS	

CONTROLES	FECHA	VALOR	UNIDADES	OBSERVACIONES
Glucemia en ayunas				
HbA1C				
LDLc Colesterol asoc. a lipoproteína de baja				
Triglicéridos				
Microalbuminuria				
Creatinina sérica				
Clearance de Creatinina				
TA sistólica / TA diastólica				

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

FONDO DE OJO: Sin retinopatía diabética ☐ Retinopatía diabética no proliferativa ☐ Retinopatía diabética proliferativa ☐
Fecha:_____/____/_____

EXAMEN DE PIE: Realizado? SI ☐ NO ☐ Fecha:____/___/__ Normal ☐ Alterado ☐

_______________________________ _______________________________

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

DIABETES MELLITUS

HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA DE REGISTRO

AÑO: _____ CUATRIMESTRE CALENDARIO: ___ FECHA:____/_____/_____ Hoja 2/2

Apellido y nombre. __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

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	
				U.I.		Lapiceras prellenadas x 3 ml	
Insulinas Análogas Rápidas							
				U.I.			
Hipoglucemiantes orales	METFORMINA			Mg.			
	PIOGLITAZONA			Mg.			
	GLICLAZIDA			Mg.			
	GLIMEPIRIDE			Mg.			
	VILDAGLIPTINA			Mg.			
	SITAGLIPTINA			Mg.			
				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	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	TEL:
LOCALIDAD – PROVINCIA	

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR